Les enfants de 0 à 5 ans de l'Estrie et leur famille

Portrait de santé et de bien-être

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Estrie

106-00794/

Coordination de l'édition
Aline Émond, chef de service

Responsable de projet
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire

Rédaction
Gérald Baril, consultant
Karolyne Boulanger, agente de recherche sociosanitaire
Gilles-Yvon Levesque, agent de recherche sociosanitaire
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire

Traitement et analyse des données
Annie Bélisle, technicienne en recherche
Karolyne Boulanger, agente de recherche sociosanitaire
Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire
Gilles-Yvon Levesque, agent de recherche sociosanitaire
Brigitte Martin, technicienne en recherche
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire

Révision de texte
Gérald Baril, consultant
Anne-Marie Charlebois, agente de recherche sociosanitaire

Traitement de texte et mise en page
Isabelle Bruneau, secrétaire
France Paquet, secrétaire

Dépôt légal : 1er trimestre

Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISBN : 2-921776-25-1

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

REMERCIEMENTS

Ce document est un travail de collaboration entre plusieurs partenaires de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Si le développement de ce portrait des 0-5 ans a nécessité un effort important du Service soutien méthodologique et évaluation, des collaborateurs et collaboratrices de différents services ont apporté leur contribution dont l'élaboration des encadrés sur les programmes. Nous remercions donc,

à la Direction de santé publique et de l'évaluation :

Sandra Brassard, agente de planification et programmation sociosanitaire, Service de prévention/promotion de la santé;

Roselyne Collard, agente de planification et programmation, Service de prévention/promotion de la santé;

Renée Cyr, agente de planification et programmation sociosanitaire, Service de prévention/promotion de la santé;

André Lavallière, dentiste-conseil, Service de prévention/promotion de la santé;

Suzanne Ménard, médecin-conseil, Service de protection de la santé publique;

Liliane Pagé, agente de planification et programmation sociosanitaire, Service de prévention/promotion de la santé;

à la direction des programmes, des ressources financières et matérielles :

André Brien, agent de planification et programmation, Service des programmes;

Ginette Noël, agente de planification et programmation, Service des programmes;

Carole Roy, agente de planification et programmation, Service des programmes.

De plus, nous remercions monsieur Martin Lemmens du Centre jeunesse de l'Estrie pour les compilations spéciales qu'il nous a fournies.

Nous tenons également à remercier monsieur Gérald Baril, consultant, qui, à la suite de différents mouvements de personnel à l'intérieur du service, a finalisé cette synthèse.

Table des matières

Remerciements i

Liste des tableaux vii

Liste des figures ix

Liste des encadrés sur les programmes et les activités xiii

Liste des sigles xv

Introduction 1

1. APERÇU SOCIODÉMOGRAPHIQUE 5

1.1 Points saillants 7

1.2 Moins d'enfants, en Estrie comme au Québec 9

1.2.1 Les enfants de 0 à 5 ans et la population totale 9

1.2.2 Natalité et profil des mères à l'accouchement 13

1.3 Un milieu familial en voie de se diversifier 19

1.3.1 Familles et enfants 19

1.3.2 Type de familles 19

1.3.3 Langues et cultures 22

1.4 La famille et le contexte socioéconomique 22

1.4.1 Les parents et le marché du travail 23

1.4.2 Les familles bénéficiaires de l'assistance-emploi 24

1.4.3 Les familles vivant sous le seuil de faible revenu 25

2. ÉTAT DE SANTÉ 29

2.1 Points saillants 31

2.2 Grossesses, naissances et décès 33

2.2.1 Prématurité et faible poids à la naissance 34

2.2.2 Retard de croissance intra-utérine 38

2.2.3 Mortalité infantile 38

2.2.4 Mortalité chez les enfants de 1 à 4 ans 40

2.3 Environnement et comportements, avant et après la naissance 41

2.3.1 Allaitement maternel 42

2.3.2 Grossesse à l'adolescence 43

2.3.3 Interruptions volontaires de grossesse 45

2.3.4 Conditions de travail des femmes enceintes 46

2.3.5 Habitudes de vie des parents 48

2.3.6 Conditions favorables en période périnatale 50

2.4 Handicaps physiques et intellectuels 51

2.4.1 Les déficiences au Québec et en Estrie 51

2.4.2 Le langage et la communication 55

2.4.3 Les problèmes reliés au développement 56

2.5 Hospitalisation des tout-petits 57

2.5.1 Les enfants de moins d'un an 57

2.5.2 Les enfants de 1 à 4 ans 61

2.6 L'asthme, une maladie chronique en progression **64**
2.7 Maladies infectieuses et vaccination **69**
2.8 Intoxications involontaires **75**
2.9 Santé dentaire **77**

3. UTILISATION DES SERVICES **81**
3.1 Points saillants **83**
3.2 L'ensemble des services encadrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec **85**
3.3 Les services offerts par les médecins **87**
3.3.1 Les omnipraticiens 88
3.3.2 Les pédiatres 95
3.3.3 Les chirurgiens 101
3.3.4 Les autres médecins spécialistes 105
3.4 Les services offerts par les dentistes **112**

4. ADAPTATION SOCIALE **115**
4.1 Points saillants **117**
4.2 Les enfants victimisés. De quoi s'agit-il? **118**
4.3 Quelques données sur la situation en estrie **126**
4.3.1 Cheminement des signalements reçus 127
4.3.2 De qui proviennent les signalements? 129
4.3.3 Évolution temporelle des signalements 130
4.3.4 Variations des signalements selon le groupe d'âge 130
4.3.5 Variations des signalements selon les MRC 131
4.3.6 Quels sont les motifs de signalements? 133
4.3.7 Répartition des enfants selon l'application de mesures 134
4.3.8 Hospitalisation et décès à la suite d'agressions et de mauvais traitements 134
4.4 La prévention **136**

5. SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES **141**
5.1 Principaux constats **143**
5.2 Perspectives **149**

Bibliographie **153**

Annexes **155**

Liste des tableaux

Tableau 1-1 Évolution de l'importance relative des 0-5 ans parmi la population totale, MRC, Estrie et Québec, 2001 et 2011 11

Tableau 1-2 Taux de fécondité par 1 000 femmes, MRC, Estrie et Québec, 1998-2000 16

Tableau 1-3 Répartition des familles avec enfants* selon le nombre d'enfants par famille, Estrie et Québec, 2001 19

Tableau 1-4 Proportion des familles avec enfants époux, épouses / union libre* et monoparentales, MRC, Estrie et Québec, 2001 20

Tableau 1-5 Nombre moyen d'enfants selon le type de familles, Estrie et Québec, 1996 21

Tableau 1-6 Répartition des familles* selon la situation des parents par rapport au marché du travail, Estrie et Québec, 1996 23

Tableau 1-7 Revenu moyen brut selon le type de familles*, Estrie et Québec, 1995 24

Tableau 2-1 Principales causes de décès chez les enfants de moins d'un an, Estrie et Québec, 1992-1999 40

Tableau 2-2 Principales causes de décès chez les enfants de 1 à 4 ans, Estrie et Québec, 1986-1999 41

Tableau 2-3 Habitudes de vie des parents de nourrissons, Québec, 1998 49

Tableau 2-4 Répartition des enfants handicapés de 0 à 5 ans de l'Estrie, selon le sexe et la MRC (moyenne annuelle 2000-2002) 52

Tableau 2-5 Répartition des enfants handicapés de 0 à 5 ans de l'Estrie, selon la nature de la déficience et le sexe (moyenne annuelle 2000-2002) 52

Tableau 2-6 Répartition des enfants handicapés de 0 à 5 ans du Québec, selon la nature de la déficience et le sexe (moyenne annuelle 2000-2002) 53

Tableau 2-7 Taux annuel moyen d'enfants handicapés, âgés de 0 à 5 ans, selon la nature de la déficience, Estrie et Québec, 2000-2002 (taux par 1 000 enfants de 0 à 5 ans) 53

Tableau 2-8 Principales causes d'hospitalisation des enfants de moins d'un an, Estrie et Québec, 1997-1998 à 2000-2001 60

Tableau 2-9 Principales causes d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans, Estrie et Québec, 1997-1998 à 2000-2001 63

Tableau 2-10 Nombre et taux bruts de décès causés par l'asthme selon le sexe, enfants de 0 à 4 ans, Québec, 1990-1999 66

Tableau 2-11 Taux de visite à l'urgence pour cause d'asthme chez les enfants de 0 à 4 ans, Estrie et Québec, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000 et 2001 69

Tableau 2-12 Cas déclarés des principales maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO), enfants de 0 à 4 ans, Estrie et Québec, 1998-2000 70

Tableau 2-13 Pourcentage de la couverture vaccinale des enfants à l'entrée à la maternelle dans les écoles de l'Estrie pour l'année scolaire 2000-2001 75

Tableau 3-1 Nombre et proportion de services rendus (médecins et dentistes) par type de professionnels et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, périodes triennales 1993-1995 à 1999-2000 86

Tableau 3-2 Nombre total de services médicaux rendus par groupe d'âge, selon le groupe médical et le sexe de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 88

Tableau 3-3 Services des médecins omnipraticiens, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 90

Tableau 3-4 Services des médecins omnipraticiens, par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001 91

Tableau 3-5 Type de lieux où les services des médecins omnipraticiens sont rendus, par période trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001 93

Tableau 3-6 Principaux diagnostics lors des services rendus par les médecins omnipraticiens par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 94

Tableau 3-7 Services des pédiatres, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 97

Tableau 3-8 Services des pédiatres, par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001 98

Tableau 3-9 Type de lieux où les services des pédiatres sont rendus, par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001 99

Tableau 3-10 Principaux diagnostics lors des services rendus par les pédiatres par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 100

Tableau 3-11 Services des chirurgiens, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 102

Tableau 3-12 Services des chirurgiens, par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001 103

Tableau 3-13 Type de lieux où les services des chirurgiens sont rendus, par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001 104

Tableau 3-14 Principaux diagnostics lors des services rendus par les chirurgiens par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 105

Tableau 3-15 Nombre de services rendus par spécialité médicale, sauf les pédiatres et les chirurgiens, par sexe, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 106

Tableau 3-16 Services des médecins spécialistes (sauf pédiatres et chirurgiens), selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 108

Tableau 3-17 Services des médecins spécialistes (sauf pédiatres et chirurgiens), par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001 108

Tableau 3-18 Type de lieux où les services des médecins spécialistes (sauf pédiatres et chirurgiens) sont rendus, par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001 110

Tableau 3-19 Principaux diagnostics lors des services rendus par les médecins spécialistes (sauf les pédiatres et les chirurgiens), par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 111

Tableau 3-20 Services dentaires assurés rendus par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001 113

Tableau 3-21 Diagnostics lors des services assurés rendus par les dentistes par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 114

Tableau 4-1 Taux annuels moyens d'hospitalisations associés à la maltraitance et aux mauvais traitements, selon l'âge, Québec, 1997-1998 à 2001-2002 135

Liste des figures

Figure 1-1 Poids des groupes d'âge sur la population totale, Estrie, 2001 et 2011 9

Figure 1-2 Variation de la population par territoire de MRC, Estrie et Québec, 1991*-2001 10

Figure 1-3 Variation de la population attendue entre 2001 et 2011 MRC, Estrie et Québec 11

Figure 1-4 Proportion des enfants de 0 à 5 ans en regard de la population totale, MRC, Estrie, Québec, en 1991*, 2001 et 2011 12

Figure 1-5 Évolution des naissances (1986-2000) et du nombre* d'enfants de moins d'un an (1996-2010), Estrie et Québec 13

Figure 1-6 Projections du nombre* d'enfants de moins d'un an, MRC, 1996-2010 14

Figure 1-7 Évolution de l'indice synthétique de fécondité, Estrie et Québec, 1986-2000 15

Figure 1-8 Taux de fécondité par groupe d'âge par 1 000 femmes, Estrie et Québec, 1998-2000 15

Figure 1-9 Évolution de l'âge moyen des mères lors de la naissance, Estrie et Québec, 1986-2000 17

Figure 1-10 Répartition des naissances selon l'âge de la mère, Estrie et Québec, 2000 17

Figure 1-11 Proportion des naissances provenant de mères ayant 11 années ou moins de scolarité, MRC, Estrie et Québec, 2000 18

Figure 1-12 Proportion des familles biparentales et monoparentales chez les familles avec enfants*, MRC, Estrie et Québec, 2001 20

Figure 1-13 Évolution de la proportion de familles monoparentales chez les familles avec enfants*, Estrie et Québec, 1986, 1991, 1996 et 2001 21

Figure 1-14 Proportion des enfants de 0 à 5 ans selon le type de familles, MRC, Estrie et Québec, 1996 22

Figure 1-15 Proportion des enfants âgés de 0 à 5 ans dont les parents sont prestataires de l'assistance-emploi, MRC, Estrie et Québec, 2002 25

Figure 1-16 Évolution de la proportion d'enfants de 0 à 5 ans dont les parents sont prestataires de l'assistance-emploi, Estrie et Québec, 1996-2002 25

Figure 1-17 Évolution de la proportion de familles* à faible revenu**selon le type de familles, Québec, 1984-1996 26

Figure 1-18 Proportion des enfants de 0 à 5 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon le type de familles, MRC, Estrie et Québec, 1996 27

Figure 2-1 Évolution du taux de prématurité (moins de 37 semaines de gestation), Estrie et Québec, 1989-2001 34

Figure 2-2 Taux de prématurité (moins de 37 semaines de gestation), MRC, Estrie et Québec, 1996-2000 35

Figure 2-3 Évolution du taux d'insuffisance de poids à la naissance (moins de 2 500 g), Estrie et Québec, 1989-2001 36

Figure 2-4 Taux d'insuffisance de poids à la naissance (moins de 2 500 g), MRC, Estrie et Québec, 1996-2000 37

Figure 2-5 Évolution du taux de retard de croissance intra-utérine (RCIU), Estrie et Québec, 1989-1991 à 1998-2000 38

Figure 2-6 Évolution du taux de mortalité infantile, Estrie et Québec, 1989-1991 à 1998-1999 39
Figure 2-7 Évolution du taux de mortalité chez les enfants de 1 à 4 ans, Estrie et Québec, 1986-1988 à 1998-1999 40
Figure 2-8 Taux de prévalence de l'allaitement maternel, Estrie et Québec, 1998-1999 42
Figure 2-9 Évolution du taux de grossesse chez les adolescentes (14-17 ans), Estrie et Québec, 1986-1988 à 1998-2000 44
Figure 2-10 Évolution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse, Estrie, 1986-2000 45
Figure 2-11 Nombre annuel moyen d'interruptions volontaires de grossesse, MRC, 1996-2000 46
Figure 2-12 Importance relative des catégories de risques retenus, PMSD en Estrie, 1994-2000 48
Figure 2-13 Taux bruts d'hospitalisation pour l'ensemble des causes, enfants de moins d'un an, Estrie et Québec, filles et garçons, 1991-1993 à 1999-2001 58
Figure 2-14 Taux bruts d'hospitalisation pour l'ensemble des causes, enfants de moins d'un an, MRC et Estrie, sexes réunis, 1991-1993 à 1999-2001 59
Figure 2-15 Durée moyenne d'hospitalisation des enfants de moins d'un an, Estrie et Québec, 1993-1995 à 1999-2001 60
Figure 2-16 Taux bruts d'hospitalisation pour l'ensemble des causes, enfants de 1 à 4 ans, Estrie et Québec, filles et garçons, 1991-1993 à 1999-2001 61
Figure 2-17 Taux bruts d'hospitalisation pour l'ensemble des causes, enfants de 1 à 4 ans, MRC et Estrie, sexes réunis, 1991-1993 à 1999-2001 62
Figure 2-18 Durée moyenne d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans, Estrie et Québec, 1993-1995 à 1999-2001 63
Figure 2-19 Taux d'hospitalisation pour cause d'asthme chez les enfants de 0 à 4 ans, MRC, Estrie et Québec, 2001-2002 à 2002-2003 67
Figure 2-20 Taux de visite à l'urgence pour cause d'asthme chez les enfants de 0 à 4 ans, MRC et Estrie, 2001, et Québec, 1996 68
Figure 2-21 Taux de visite à l'urgence pour cause d'asthme chez les enfants de 0 à 4 ans, Estrie, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000 et 2001, Québec, 1992, 1994 et 1996 69
Figure 2-22 Évolution du taux de couverture vaccinale des enfants de 2 ans, Estrie, 1995-2001 72
Figure 2-23 Taux de couverture vaccinale des enfants de 2 ans, MRC, en 2001 73
Figure 2-24 Évolution du taux de couverture vaccinale des enfants à l'entrée à la maternelle dans les écoles de l'Estrie, années scolaires 1996-1997 à 2000-2001 74
Figure 3-1 Nombre total de services rendus (médecins et dentistes) par année et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 85
Figure 3-2 Nombre de services médicaux rendus par année et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 87
Figure 3-3 Nombre de services rendus par les omnipraticiens par année et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 89

Figure 3-4 Pourcentage annuel de services rendus par les omnipraticiens, en cabinet privé et dans les urgences des centres hospitaliers, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 92

Figure 3-5 Nombre de services rendus par les pédiatres par année et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 96

Figure 3-6 Nombre de services rendus par les chirurgiens par année et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 101

Figure 3-7 Nombre de services rendus par les médecins spécialistes, sauf les pédiatres et les chirurgiens, par année et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 107

Figure 3-8 Nombre de services assurés rendus par les dentistes par année et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001 112

Figure 4-1 Prévalence des conduites parentales à caractère violent envers les enfants âgés de 0 à 17 ans, selon la fréquence annuelle précédant l'enquête, 1999 121

Figure 4-2 Cheminement des signalements reçus à la DPJ de l'Estrie, enfants de 0 à 17 ans et de 0 à 5 ans, 2001-2002 128

Figure 4-3 Proportion de signalements retenus pour les 0 à 5 ans, selon le type de déclarants, Estrie, 2001-2002 129

Figure 4-4 Évolution du taux de compromission de la sécurité et du développement des enfants de 0 à 5 ans, Estrie et Québec, 1992-1993 à 2001-2002 130

Figure 4-5 Taux annuel moyen de signalements retenus et de compromission de la sécurité et du développement des enfants de 0 à 5 ans, par groupe d'âge, Estrie, période triennale 1999 à 2002 131

Figure 4-6 Taux et nombre annuel moyen de signalements retenus des enfants de 0 à 5 ans, MRC et Estrie, période triennale 1999 à 2002 132

Figure 4-7 Taux et nombre annuel moyen de compromission de la sécurité et du développement des enfants de 0 à 5 ans résidant en Estrie, MRC de résidence des enfants et Estrie, période triennale 1999 à 2002 132

Figure 4-8 Proportion et nombre annuel moyen de signalements retenus pour les enfants de 0 à 5 ans, selon la problématique et le sexe, Estrie, période triennale 1999 à 2002 133

Figure 4-9 Proportion de compromission de la sécurité et du développement des enfants de 0 à 5 ans, selon la problématique et le sexe, Estrie, 1999-2000 à 2001-2002 133

Liste des encadrés sur les programmes et les activités

Programme intégré d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité – VOLET PRÉNATAL 37

L'Initiative amis des bébés 43

Programme de prévention *Pour une maternité sans danger* 47

Programme de congé précoce en périnatalité 50

Le *Plan d'action régional en déficience physique* 54

Programme sur les déficiences sensorielles et motrices et les aides compensatoires 54

Programme Hanen en milieu communautaire 55

Programme Naître Égaux – Grandir en Santé (NÉ-GS) 56

Programme régulier d'immunisation 71

Programme public de services dentaires préventifs 79

Formation et Trousse de prévention des blessures et traumatismes 95

Une entente pour des interventions concertées dans le milieu de vie des enfants 124

Des interventions globales dans le milieu de vie : Protocole de collaboration Maltraitance 125

Programme d'action communautaire pour les enfants 2003-2006 (PACE) 138

Programme YAPP (Y'a personne de parfait) 140

Des exemples de développement social et des communautés en Estrie 151

Programme d'aide à l'action concertée 151

Liste des sigles et acronymes

CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CJE	Centre jeunesse de l'Estrie
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSP	Direction de santé publique
DSPE	Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
ELDEQ	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MFE	Ministère de la Famille et de l'Enfance
MEQ	Ministère de l'Éducation
MESS	Ministère de l'Emploi et de la solidarité sociale du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PMSD	Programme pour une maternité sans danger
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCIU	Retard de croissance intra-utérine
RRQ	Régie des rentes du Québec
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux

INTRODUCTION

Cette synthèse des données existantes sur la clientèle des 0-5 ans s'inscrit dans un effort pour mieux documenter les clientèles à desservir, tant dans le cadre du programme de santé publique que dans l'ensemble des programmes curatifs ou de réadaptation.

Chaque territoire de municipalités régionales de comté (MRC) doit s'assurer que sa population, entre autres celle des tout-petits de 0-5 ans, soit prise en charge adéquatement et qu'un continuum de services soit mis en place. Il importe que tous ceux et celles qui doivent collaborer à ce réseautage soient plus aux faits des particularités de la clientèle ou de la problématique pour laquelle un réseau est mis en place.

Les 0-5 ans sont une clientèle particulièrement vulnérable. Durant cette période de vie, le cerveau de l'enfant se façonne, il est très dépendant des adultes qui en prennent soin. Des facteurs prénatals, comme l'alimentation de la mère ou l'usage du tabac durant la grossesse peuvent influencer de façon permanente le développement de l'enfant. Certains problèmes de santé physique, entre autres, les infections gastro-intestinales et les infections respiratoires risquent également d'avoir des conséquences sur le développement des enfants. Après la naissance, les relations de l'enfant avec les personnes qui en prennent soin ont une très grande incidence sur la façon dont les cellules du cerveau se connecteront entre elles. Or, ces connexions peuvent influencer le développement immédiat et futur des habilités motrices, langagières, cognitives et sociales de l'enfant. Dans cette période de vie où les premiers contacts de tout type se font, la rencontre de différents virus et bactéries susceptibles d'amener plusieurs maladies infectieuses suppose une vaccination adéquate permettant de contrôler adéquatement tout un ensemble de maladies infectieuses et leurs séquelles. Les années préscolaires sont une période de développement rapide des habilités motrices, langagières, cognitives et sociales. La stimulation, les soins assidus données par des adultes affectueux, le jeu actif et les occasions d'apprentissage précoce durant ce stade peuvent stimuler la capacité d'apprendre de l'enfant et l'aider à surmonter les désavantages causés par la pauvreté ou par d'autres problèmes.[1] Différents programmes existent ou sont en déploiement. Ce portrait se veut une contribution à l'articulation de ces programmes.

---

[1] Peggy EDWARD, *Favoriser le développement des connaissances sur la santé et le bien-être des enfants au Canada*, Centre d'excellence pour le bien-être des enfants, Santé Canada, Ottawa, 1999.

Organisation du contenu

Le rapport est divisé en cinq chapitres. Le premier chapitre offre un aperçu sociodémographique de la population des enfants de 0 à 5 ans de l'Estrie et des familles dans lesquelles vivent ces jeunes enfants. Le deuxième chapitre dresse un état de santé de la population visée, en mettant en lumière divers problèmes de santé qui affectent directement les enfants, de même que certains déterminants sociaux de leur santé reliés en particulier à leur famille. Le troisième chapitre, quant à lui, apporte un éclairage complémentaire sur l'état de santé en produisant des données sur l'utilisation des services médicaux et dentaires en Estrie, dans le cadre du régime public de l'assurance maladie. Les problèmes d'adaptation sociale sont traités au chapitre quatre, qui définit d'abord les principales manifestations de cet ordre de problèmes, puis présente des données sur la situation en Estrie. Au fil des chapitres deux, trois et quatre, sont insérés des encadrés sur des programmes et des activités offerts à la population estrienne pour l'amélioration de la santé et du bien-être des jeunes enfants (voir Liste des encadrés sur les programmes et les activités). En guise de conclusion, le cinquième chapitre esquisse une synthèse des principaux constats du rapport et en dégage quelques perspectives.

CHAPITRE

1

APERÇU SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Ce premier chapitre brosse un profil sociodémographique des enfants âgés de 0 à 5 ans et de leur famille dans la région de l'Estrie. Ces données sociodémographiques font ressortir que la situation en Estrie s'apparente à la situation moyenne au Québec, tant en ce qui concerne la proportion d'enfants dans la population globale, que le type de contexte familial et la situation socioéconomique des familles.

1.1 Points saillants

- Entre 1991 et 2001, le nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans en Estrie a diminué de 14 %. Les enfants de ce groupe d'âge ne représentent plus que 6 % de la population estrienne totale en 2001. Comme ailleurs au Québec, ce phénomène résulte conjointement de la dénatalité et du vieillissement de la population.
- Comparativement à la période entre 1991 et 2001, la décroissance du nombre d'enfants de 0 à 5 ans sera moins rapide entre 2001 et 2011. On estime par ailleurs que les enfants de ce groupe d'âge représenteront toujours près de 6 % de la population totale en 2011, tant en Estrie que dans l'ensemble du Québec.
- Parmi les sept MRC de l'Estrie, quatre se démarquent avec une baisse de l'ordre de 30 % du nombre d'enfants de 0 à 5 ans sur leur territoire entre 1991 et 2001 : Le Granit, Asbestos, Le Val-Saint-François et Coaticook. La MRC de La Région-Sherbrookoise, pour sa part, a connu la plus faible décroissance, avec 4 %.
- Au cours des dix prochaines années, deux MRC devraient connaître une hausse du nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans sur leur territoire, soit celles du Granit (20 %) et d'Asbestos (5 %).
- Au début des années 2000, le nombre moyen d'enfants par femme, tant en Estrie qu'au Québec, se situe aux alentours de 1,5, en baisse depuis 1996. Entre 1989 et 1997, toutes catégories d'âge confondues, les taux de fécondité ont diminué sur le territoire estrien. Toutefois, si ces taux ont diminué chez les femmes âgées de 14 à 29 ans, ils ont augmenté chez celles âgées de 30 à 44 ans.
- Les naissances en Estrie sont le fait de mères âgées de 20 à 29 ans dans une forte proportion (63 %). De plus, 25 % des mères qui ont donné naissance en 2000 étaient faiblement scolarisées (11 années ou moins de scolarité).
- Par rapport à la moyenne estrienne de naissances attribuables à des mères faiblement scolarisées (25 %), les MRC du Haut-Saint-François, d'Asbestos et de Coaticook affichent des taux considérablement supérieurs, avec 31 % à 36 %. À l'opposé, les MRC de La Région-Sherbrookoise et du Val-Saint-François affichent des proportions plus faibles, avec 22 %.

- Parmi les familles avec enfants, 25 % sont monoparentales et cette proportion est en hausse depuis 1986, tant en Estrie que dans l'ensemble du Québec. La Région-Sherbrookoise est la MRC qui totalise la plus forte proportion de familles monoparentales (29 %) tandis que celle du Granit détient la plus faible proportion (19,7 %).
- Les enfants âgés de 0 à 5 ans en Estrie vivent à 87 % dans des familles biparentales et à 13 % dans des familles monoparentales. Ces taux sont semblables à ceux observés pour l'ensemble de la province.
- La majorité (55 %) des familles biparentales québécoises compte les deux parents sur le marché du travail, tandis que pour 9 % d'entre elles aucun des deux parents ne bénéficie d'un revenu d'emploi ou d'assurance-emploi.
- Les pères se retrouvent sur le marché du travail dans une plus grande proportion que les mères, tant dans les familles biparentales que monoparentales. Cependant, en Estrie, la proportion de mères chefs de famille monoparentale en emploi est plus élevée que dans l'ensemble du Québec (54 % contre 47 %).
- En 2002, 11 % des enfants de 0 à 5 ans en Estrie vivent dans une famille bénéficiaire de l'assistance-emploi, une proportion en baisse depuis 1996.
- La proportion d'enfants vivant dans une famille bénéficiaire de l'assistance-emploi est nettement inférieure à la moyenne estrienne dans les MRC du Granit (6 %) et de Coaticook (7 %), mais supérieure à la moyenne dans les MRC d'Asbestos (13 %) et de La Région-Sherbrookoise (13 %).
- La proportion de familles à faible revenu au Québec a connu une hausse dans les années 90. Environ 22 % des familles québécoises vivraient sous le seuil de faible revenu fixé par Statistique Canada. Les familles monoparentales sont beaucoup plus touchées que les familles biparentales (56 % contre 13 %).
- On estime que le quart des 20 440 enfants âgés de 0 à 5 ans en Estrie vivent dans une famille à faible revenu, ce qui représente plus de 5 000 enfants. De ce nombre, près de 1 700 se trouvent en situation d'extrême pauvreté, c'est-à-dire dans une famille vivant avec moins de la moitié du montant correspondant au seuil de faible revenu.
- Parmi les familles monoparentales, c'est dans la MRC de Memphrémagog que les situations de faible revenu sont proportionnellement plus nombreuses, avec 81 % des enfants de 0 à 5 ans vivant dans une famille à faible revenu, tandis que les proportions prévalant dans les MRC d'Asbestos (56 %), du Val-Saint-François (52 %) et de Coaticook (50 %) sont inférieures à la moyenne estrienne (69 %).

1.2 Moins d'enfants en Estrie comme au Québec

Au Québec, la population des enfants de 0 à 5 ans continue de diminuer, tant en nombre absolu qu'en proportion de la population totale. En Estrie, on prévoit toutefois qu'au cours de la présente décennie, soit de 2001 à 2011, la diminution de la population enfantine sera moins rapide que dans les années 90. On note que si l'âge des mères au moment de l'accouchement s'est élevé au Québec, pour se stabiliser vers la fin des années 90, il demeure légèrement plus bas en Estrie. Par contre, la proportion de mères faiblement scolarisées au moment de l'accouchement est comparable en Estrie à celle de l'ensemble du Québec.

1.2.1 Les enfants de 0 à 5 ans et la population totale

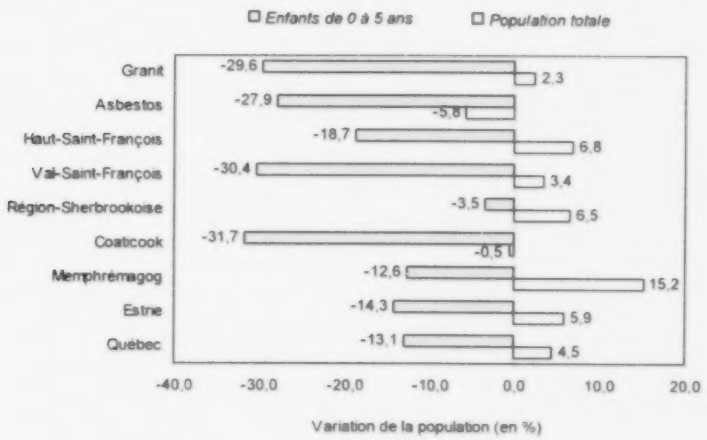
Au début des années 2000, les enfants âgés de 0 à 5 ans en Estrie représentent 30 % de l'ensemble des enfants de 0 à 17 ans du territoire et 6 % de la population estrienne totale (figure 1-1). On estime que cette proportion demeurera stable au cours de la prochaine décennie.

Figure 1-1
Poids des groupes d'âge sur la population totale, Estrie, 2001 et 2011

Source : MSSS, données de projections de population de 2001et 2011, version juin 2000

Par ailleurs, bien que la population totale estrienne ait augmenté de 6 % entre 1991 et 2001, le nombre d'enfants de 0 à 5 ans a connu une diminution de 14 % durant cette même période (figure 1-2).

Figure 1-2
Variation de la population par territoire de MRC, Estrie et Québec, 1991*-2001



* Découpage territorial actualisé

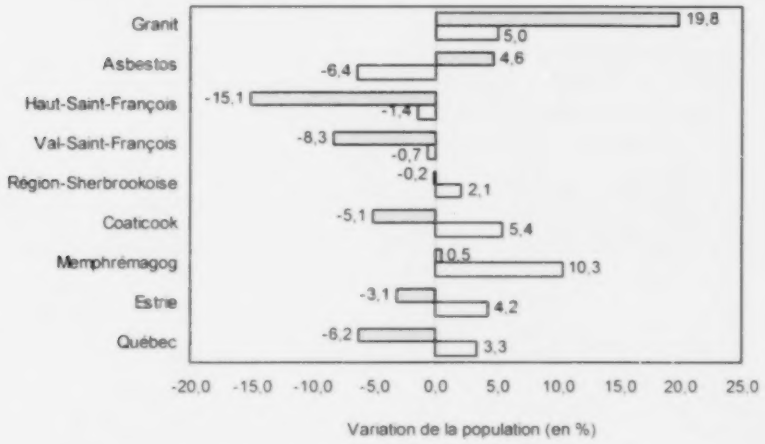
Sources : MSSS, données de projections de population de 1991, version juin 1995.
MSSS, données de projections de population de 2001, version juin 2000.

De fait, des 21 428 qu'ils étaient en 1991, les enfants de 0 à 5 ans ne sont plus que 18 356 en 2001. Parmi les sept MRC de l'Estrie, quatre se démarquent avec une baisse de l'ordre de 30 % du nombre d'enfants de 0 à 5 ans sur leur territoire au cours de cette décennie, soit celles du Granit, d'Asbestos, du Val-Saint-François et de Coaticook. La MRC de La Région-Sherbrookoise, pour sa part, a connu la plus faible décroissance, avec 4 %.

Pour la population totale, parmi toutes les MRC, c'est la MRC de Memphrémagog qui a enregistré la croissance la plus importante, avec 15 %. Somme toute, pour cette période, l'Estrie se compare tout à fait à l'ensemble du Québec.

Au cours des dix prochaines années, deux MRC estriennes devraient connaître une hausse du nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans sur leur territoire, soit celles du Granit (20 %) et d'Asbestos (5 %) (figure 1-3). Les cinq autres MRC connaîtront plutôt une baisse ou une stabilisation du nombre d'enfants de ce groupe d'âge sur leur territoire. La diminution sera particulièrement importante dans la MRC du Haut-Saint-François (-15 %).

Figure 1-3
Variation de la population attendue entre 2001 et 2011
MRC, Estrie et Québec



Source : MSSS, données de projections de population de 2001 et 2011, version juin 2000.

Tableau 1-1
Évolution de l'importance relative des 0-5 ans parmi la population totale,
MRC, Estrie et Québec, 2001 et 2011

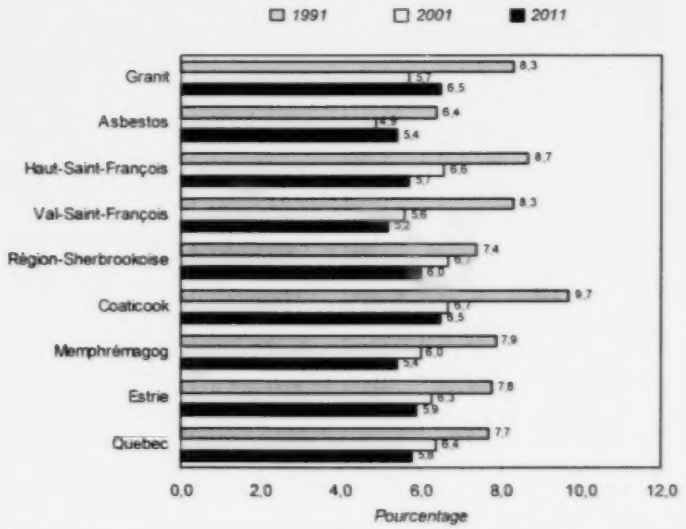
Territoire	0-5 ans		Population totale	
	2001	2011	2001	2011
Granit	1 252	1 500	21 980	23 076
Asbestos	720	753	14 802	13 853
Haut-Saint-François	1 474	1 251	22 299	21 982
Val-Saint-François	1 606	1 472	28 663	28 449
Coaticook	1 101	1 099	16 445	16 789
Région-Sherbrookoise	9 673	9 176	144 709	152 546
Memphrémagog	2 530	2 542	42 461	46 829
Estrie	18 356	17 793	291 359	303 524
Québec	471 721	442 433	7 399 931	7 645 139

Source : MSSS, projections de populations 2001 et 2011, version juin 2000.

Alors que la croissance de la population totale se situait à près de 6 % entre 1991 et 2001, on anticipe que cette croissance ralentira au cours des dix prochaines années dans toutes les MRC de l'Estrie. Une décroissance (de 1 % à 6 %) est même prévue dans trois MRC, soit Asbestos, Le Haut-Saint-François et Le Val-Saint-François (figure 1-3). En contrepartie, on prévoit qu'entre 2001 et 2011 l'Estrie accusera une chute (-3 %) beaucoup moins importante du nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans sur son territoire que celle qui fut observée entre 1991 et 2001 (-14 %).

Étant donné la diminution générale du nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans au cours des dernières années, en dépit d'une augmentation de la population totale, il s'ensuit une baisse de la proportion d'enfants de ce groupe d'âge par rapport à la population totale dans les sept MRC de l'Estrie, de même qu'au Québec, entre 1991 et 2001 (figure 1-4). Ainsi, des 8 % de la population totale estrienne qu'ils représentaient en 1991, les enfants de 0 à 5 ans ne constituent plus que 6 % de la population en 2001.

Figure 1-4
Proportion des enfants de 0 à 5 ans en regard de la population totale, MRC, Estrie, Québec, en 1991*, 2001 et 2011



* [illegible]

Sources : MSSS, données de projections de population de 1991, version juin 1995.
MSSS, données de projections de population de 2001 et 2011, version juin 2000.

On prévoit qu'entre 2001 et 2011, mis à part les MRC du Granit et d'Asbestos qui verront la proportion des enfants de 0 à 5 ans augmenter sur leur territoire (figure 1-4), le déclin de cette proportion dans les autres MRC de l'Estrie sera moins important que celui

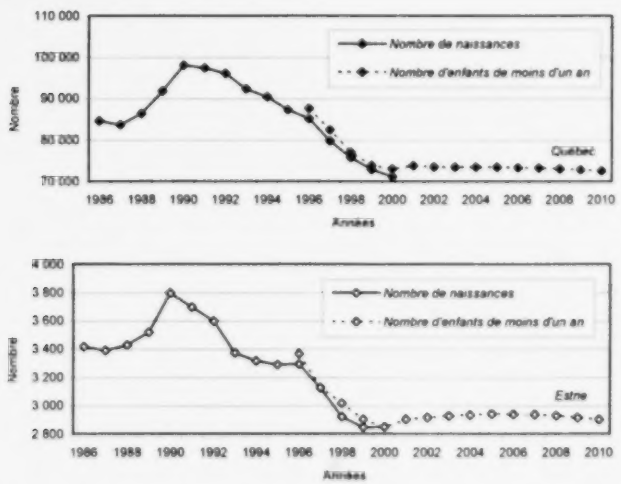
enregistré entre 1991 et 2001. De ce fait, on estime que les enfants de 0 à 5 ans représenteront toujours près de 6 % de la population estrienne totale en 2011, ce qui est similaire à la situation dans l'ensemble du Québec.

1.2.2 Natalité et profil des mères à l'accouchement

Tant en Estrie que dans l'ensemble du Québec, une importante dénatalité affecte la population depuis le début des années 90 (figure 1-5). La chute des naissances et le vieillissement de la population au cours de la dernière décennie expliquent d'ailleurs la diminution de la proportion des enfants de 0 à 5 ans dans la population totale durant cette période. Entre 1990 et 2000, le nombre de naissances sur le territoire estrien est passé de 3 796 à 2 851. C'est toutefois entre 1996 et 1998 que la baisse a été particulièrement marquée, avec une chute de 369 naissances.

À titre d'indication prévisionnelle du nombre de naissances en Estrie et au Québec au cours des prochaines années, la figure 1-5 présente également des données de projections du nombre d'enfants de moins d'un an pour les années 1996 à 2010. D'après ces estimations, on envisage une stabilisation du nombre d'enfants de moins d'un an à partir de l'année 2000, tant sur le territoire estrien que québécois. Pour l'Estrie, ce nombre devrait se stabiliser autour de 2 900 au cours de la présente décennie.

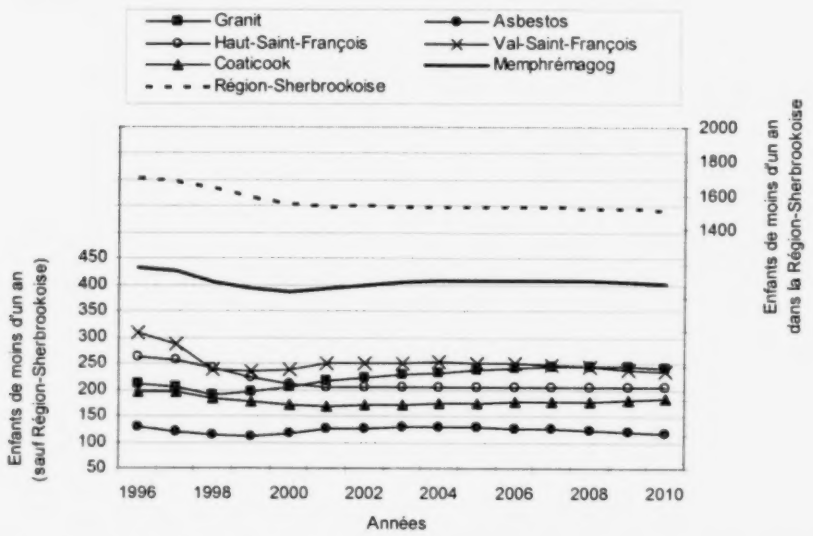
Figure 1-5
Évolution des naissances (1986-2000) et du nombre* d'enfants de moins d'un an (1996-2010), Estrie et Québec



* La technique de la moyenne mobile sur trois ans a été utilisée pour établir le nombre d'enfants de moins d'un an.
Source : MSSS, fichiers des naissances 1986-1998

Dans les différentes MRC de l'Estrie, on observe également une stabilisation du nombre d'enfants de moins d'un an entre les années 2000 et 2010 (figure 1-6). Au cours de la prochaine décennie, les MRC qui compteront le plus grand nombre de naissances en Estrie sont La Région-Sherbrookoise et Memphrémagog.

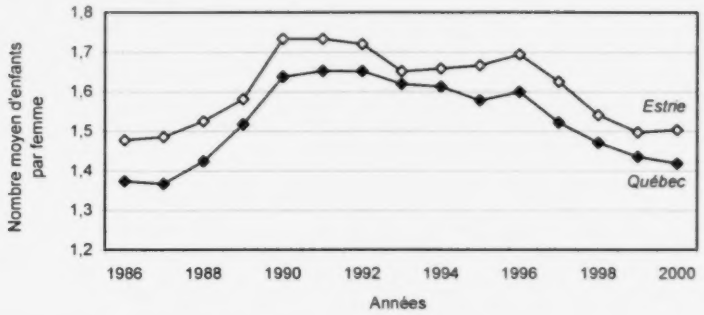
Figure 1-6
Projections du nombre* d'enfants de moins d'un an, MRC, 1996-2010



* La technique de la moyenne mobile sur trois ans a été utilisée pour établir le nombre d'enfants de moins d'un an.
Sources : MSSS, données de projections de population de 1995, version juin 1995.
MSSS, données de projections de population de 1996 à 2011, version juin 2000.

En 2000, le nombre moyen d'enfants par femme (indice synthétique de fécondité), tant au Québec qu'en Estrie, se situait aux abords de 1,5 (figure 1-7). Cette valeur est inférieure au seuil de 2,1 qui, selon les experts, assure le remplacement des générations. Depuis les quinze dernières années, c'est en 1991 que l'indice synthétique de fécondité a été le plus élevé dans la région, soit légèrement au-dessus de 1,7 enfant par femme.

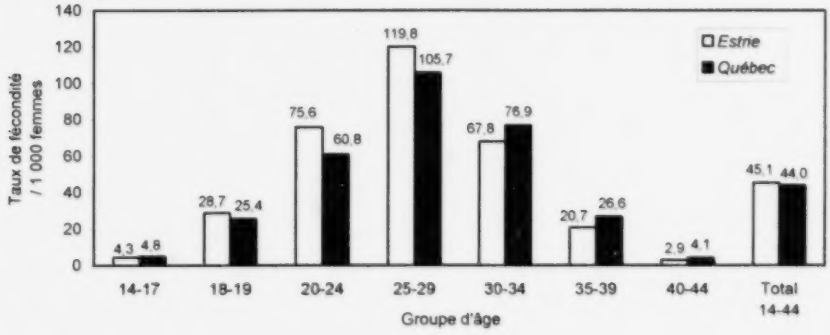
Figure 1-7
Évolution de l'indice synthétique de fécondité, Estrie et Québec, 1986-2000



Sources : MSSS, Service de l'Infocentre, fichier des naissances, 1986-2000.
MSSS, données de projection de la population, version juin 1995 et 2000.

En Estrie, toutes catégories d'âge confondues, on observe qu'entre 1989 et 2000, les taux de fécondité ont également diminué, passant de 56 naissances pour 1 000 femmes pour la période 1989-1991, à 53 pour 1 000 pour la période 1992-1994, à 50 pour 1 000 de 1995 à 1997, pour enfin s'établir à 45,1 pour 1 000 dans les années 1998 à 2000 (la dernière période est illustrée à la figure 1-8).

Figure 1-8
Taux de fécondité par groupe d'âge par 1 000 femmes, Estrie et Québec, 1998-2000



Sources : MSSS, Service de l'Infocentre, fichiers des naissances, 1998-2000.
MSSS, données de projections de la population, version 1995 et 2000.

Dans les MRC de l'Estrie, les taux de fécondité pour la période 1998-2000 ont varié de 41 naissances pour 1 000 femmes (toutes catégories d'âge confondues) pour la MRC d'Asbestos à 49 naissances pour 1 000 femmes pour la MRC de Coaticook (tableau 1-2).

Tableau 1-2
Taux de fécondité par 1 000 femmes,
MRC, Estrie et Québec, 1998-2000

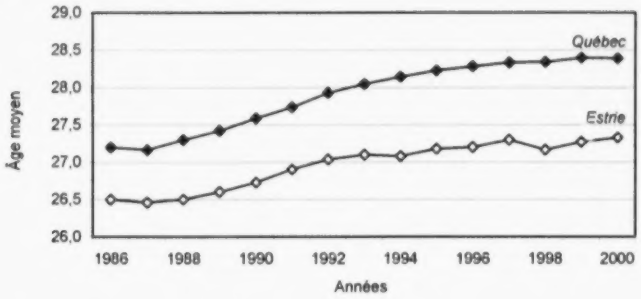
Territoire	Taux de fécondité/1 000 femmes (âgées entre 14 et 44 ans)
Coaticook	48,6
Memphrémagog	48,2
Granit	45,7
Val-Saint-François	45,7
Haut-Saint-François	44,7
Région-Sherbrookoise	44,3
Asbestos	40,8
Estrie	**45,1**
Québec	**44,0**

Sources : MSSS, Service de l'Infocentre, fichiers des naissances, 1998-2000.
MSSS, données de projections de la population, version 1995 et 2000.

De façon générale, entre 1989 et 2000, on note une baisse des taux de fécondité chez les femmes âgées de 14 à 29 ans, tandis que le phénomène inverse se révèle chez les femmes âgées de 30 à 44 ans.

En 1998-2000, les taux de fécondité chez les femmes âgées de 14 à 29 ans sont plus élevés en Estrie que dans l'ensemble du Québec, tandis que la tendance se renverse chez les femmes âgées de 30 à 44 ans (voir la figure 1-8). Cette situation s'explique par le fait que l'âge moyen des Estriennes à la naissance de leur enfant est d'un an plus jeune que celui de l'ensemble des mères québécoises lors de l'accouchement (figure 1-9). En 2000, l'âge moyen des mères estriennes à la naissance de leur enfant était de 27,3 ans tandis que celui de l'ensemble des mères québécoises était de 28,4 ans. La figure 1-9 montre également la hausse de l'âge moyen des mères de l'Estrie et de celles de l'ensemble du Québec au moment de l'accouchement au cours de la période 1986-1996, puis une stabilisation de 1996 à 2000.

Figure 1-9
Évolution de l'âge moyen des mères lors de la naissance, Estrie et Québec, 1986-2000



Source : MSSS, Service de l'Infocentre, fichier des naissances, 1986 à 2000.

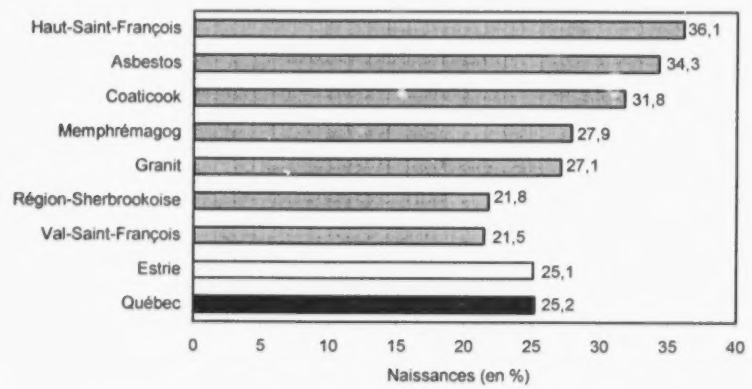
En 2000, ce sont les mères du groupe d'âge de 25 à 29 ans qui donnent à la région de l'Estrie la plus forte proportion (37 %) de naissances. Viennent ensuite, en ordre décroissant, le groupe des mères âgées de 20 à 24 ans (26 %) et celui des mères âgées de 30 à 34 ans (22 %) (figure 1-10). Les jeunes mères âgées de moins de 18 ans, quant à elles, ont donné naissance à moins de 1 % des nouveau-nés de l'Estrie pour cette même année. Entre 1986 et 2000, la proportion des naissances chez ces jeunes femmes a varié entre 1,1 % et 1,7 %. En comparaison avec l'ensemble du Québec, on note qu'en Estrie une plus grande proportion de naissances sont le fait de mères dans la vingtaine et une moins grande proportion sont le fait de mères dans la trentaine.

Figure 1-10
Répartition des naissances selon l'âge de la mère, Estrie et Québec, 2000

Source : MSSS, Service de l'Infocentre, fichiers des naissances, 2000.

En ce qui a trait à la scolarité des mères lors de l'accouchement, il est pertinent de considérer la proportion d'entre elles qui sont plus faiblement scolarisées, car on reconnaît un lien direct entre le niveau de scolarité d'une personne et son statut socioéconomique. Dans la figure suivante, le seuil de « 11 années ou moins de scolarité » est utilisé comme indicateur d'une faible scolarité puisqu'il est inférieur au nombre minimal d'années actuellement requis pour terminer des études de niveau secondaire au Québec (en excluant le préscolaire).

Figure 1-11
Proportion des naissances provenant de mères ayant 11 années ou moins de scolarité, MRC, Estrie et Québec, 2000



Source : MSSS, Service de l'Infocentre, fichiers des naissances, 2000.

Dans l'ensemble, on remarque des disparités importantes entre les MRC quant à la proportion de naissances provenant de mères faiblement scolarisées. Par rapport à la moyenne estrienne, qui se situe à 25,1 % en 2000, on note que les MRC du Haut-Saint-François, d'Asbestos et de Coaticook affichent des proportions considérablement au-dessus de la moyenne; entre 31 % et 36 % des accouchements de cette même année étant attribuables à des mères faiblement scolarisées. À l'opposé, les MRC de La Région-Sherbrookoise et du Val-Saint-François affichent des proportions plus faibles, soit 21,8 % et 21,5 % respectivement. Le pourcentage de mères estriennes détenant 11 années ou moins de scolarité au moment de l'accouchement s'apparente à celui du Québec, soit 25,2 % en 2000.

1.3 Un milieu familial en voie de se diversifier

La famille biparentale prévaut toujours largement, en Estrie comme ailleurs au Québec, mais le nombre de familles monoparentales continue d'augmenter. Sur le plan culturel et linguistique, la plupart des familles estriennes sont composées de deux parents nés au Québec et la langue parlée à la maison est très majoritairement le français.

1.3.1 Familles et enfants

En 2001, l'Estrie comptait 46 445 familles avec enfants. Ces familles comptent en moyenne 1,8 enfant par famille, tant en Estrie que dans l'ensemble du Québec. En Estrie, on dénombre trois enfants ou plus à la maison chez 15 % des familles avec enfants, par comparaison à 17 % pour l'ensemble du Québec (tableau 1-3).

Tableau 1-3
Répartition des familles avec enfants* selon le nombre d'enfants par famille, Estrie et Québec, 2001

Territoire	Pourcentage des familles selon le nombre d'enfants		
	1	2	3 et +
Estrie (46 445)	46,6	38,4	15,0
Québec (1 286 515)	44,7	38,4	16,9

* Enfants de tous âges, jamais mariés et vivant à la résidence familiale.
Source : Statistique Canada, recensement de 2001.

1.3.2 Type de familles

En Estrie, la grande majorité (75 %) des familles avec enfants est constituée de couples mariés ou en union libre (tableau 1-4). Cette situation est d'ailleurs comparable à celle qui prévaut pour l'ensemble du Québec. Considérant la situation dans chaque MRC de la région, les proportions s'échelonnent de 71 % (La Région-Sherbrookoise) à 80 % (Granit).

Selon les données de 2001, l'Estrie compte 25 % de familles monoparentales, dont trois sur quatre sont dirigées par une femme (tableau 1-4). La Région-Sherbrookoise est la MRC qui totalise la plus forte proportion de familles monoparentales (29 %), tandis que celle du Granit détient la plus faible proportion (20 %).

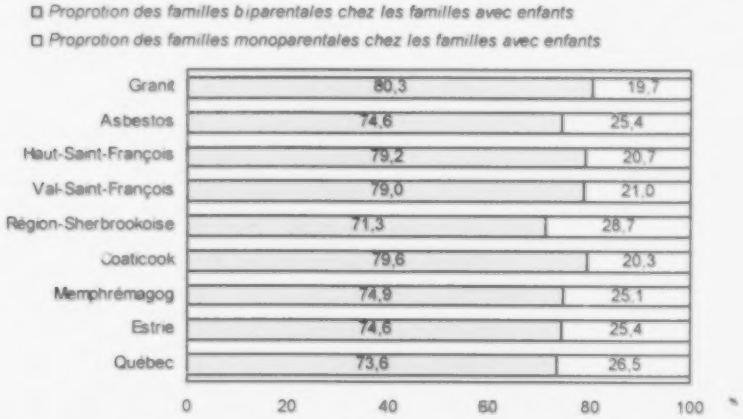
Tableau 1-4
Proportion des familles avec enfants époux, épouses / union libre* et monoparentales, MRC, Estrie et Québec, 2001

Territoire	Nombre de familles avec enfants	Époux, épouses %	Union libre %	Familles monoparentales		
				Total %	Pères seuls %	Mères seules %
Le Granit	3 750	59,6	20,7	19,7	6,3	13,3
Asbestos	2 325	51,4	23,2	25,4	6,9	18,5
Le Haut-Saint-François	3 660	50,5	28,7	20,8	8,2	12,7
Le Val-Saint-François	4 790	51,9	27,1	21,0	7,6	13,5
La Région-Sherbrookoise	22 625	47,6	23,7	28,7	6,6	22,1
Coaticook	2 805	58,6	21,0	20,3	5,2	15,0
Memphrémagog	6 490	50,5	24,4	25,1	6,5	18,5
Estrie	46 445	50,5	24,1	25,4	6,7	18,6
Québec	**1 267 815**	**52,9**	**20,7**	**26,5**	**5,4**	**21,1**

Source : Statistique Canada, recensement de 2001.

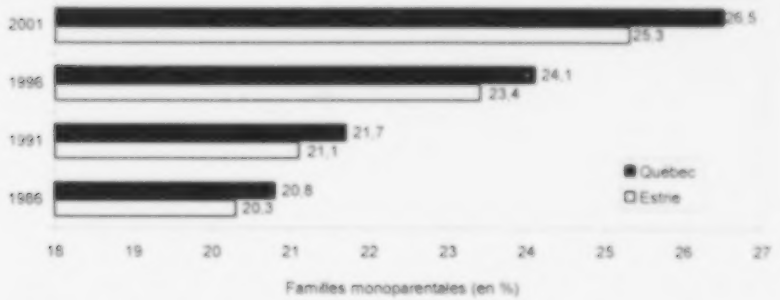
Parmi les 46 445 familles avec enfants en Estrie, on compte 25 % de familles monoparentales, une proportion comparable à celle du Québec (27 %) (figure 1-12). De fortes différences sont observées dans la région allant de 20 % dans la MRC du Granit à 29 % dans celle de La Région-Sherbrookoise. En Estrie comme dans l'ensemble de la province, le nombre de familles monoparentales chez les familles avec enfants n'a cessé d'augmenter depuis 1986. La région a vu le nombre de ses familles monoparentales passer de 9 500 à 11 780 en 15 ans, soit une hausse de 2 280 (figure 1-13).

Figure 1-12
Proportion des familles biparentales et monoparentales chez les familles avec enfants*, MRC, Estrie et Québec, 2001



* Enfants de tous âges, jamais mariés et vivant à la résidence familiale.
Source : Statistique Canada, recensement de 2001.

Figure 1-13
Évolution de la proportion de familles monoparentales chez les familles avec enfants*, Estrie et Québec, 1986, 1991, 1996 et 2001



* Enfants de tous âges, jamais mariés et vivant à la résidence familiale
Source : Statistique Canada, recensements de 1986, 1991, 1996 et 2001

On observe que le nombre moyen d'enfants varie selon le type de familles. En effet, les familles biparentales ont davantage d'enfants que les familles monoparentales. En Estrie, le nombre moyen d'enfants chez les familles composées de deux parents est de 1,9, selon les données de 1996, et de 1,5 chez les familles ne comptant qu'un seul parent, des valeurs quasi identiques à celles de l'ensemble du Québec (tableau 1-5).

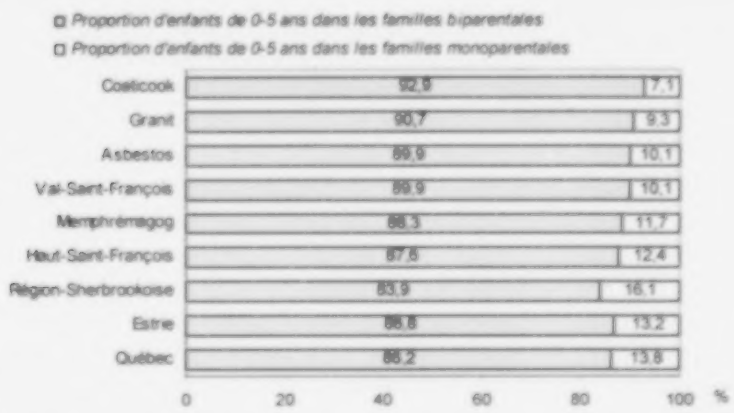
Tableau 1-5
Nombre moyen d'enfants selon le type de familles, Estrie et Québec, 1996

Type de familles	Nombre moyen d'enfants	
	Estrie	Québec
Familles biparentales (couples mariés ou en union libre)	1,9	1,8
Familles monoparentales	1,5	1,5
Total	**1,8**	**1,7**

Sources : MFE, *Un portrait statistique des familles et des enfants au Québec*
Statistique Canada, recensement de 1996. Données de 2001 non disponibles

En Estrie, 87 % des enfants âgés de 0 à 5 ans vivent dans des familles biparentales et 13 % dans des familles monoparentales (données de 1996) (figure 1-14). La proportion d'enfants vivant dans une famille monoparentale varie dans les MRC de l'Estrie de 7 % (Coaticook) à 16 % (La Région-Sherbrookoise). On note que les taux pour l'ensemble de l'Estrie sont semblables à ceux qui prévalent pour l'ensemble de la province.

Figure 1-14
Proportion des enfants de 0 à 5 ans selon le type de familles, MRC, Estrie et Québec, 1995



Source : Statistique Canada, recensement de 1996. Données de 2001 non disponibles.

1.3.3 Langues et cultures

En ce qui concerne la langue d'usage au foyer, 87 % des familles estriennes parlent le français à la maison en 2001, tandis que 6 % d'entre elles utilisent l'anglais. Le français et l'anglais sont utilisés dans 7 % des familles et dans tous ces cas d'autres langues peuvent également être parlées. Moins de 1 % n'utilisent ni l'anglais ni le français à la maison.

Près de 15 % de toutes les familles recensées au Québec comptent au moins un conjoint ou un parent né à l'étranger. En Estrie, 4 % des familles biparentales (avec ou sans enfants) sont composées d'un conjoint ou d'un parent né à l'étranger et 2 % par deux conjoints ou deux parents nés à l'étranger. Parmi les familles monoparentales, 3 % sont dirigées par un parent immigré.

1.4 LA FAMILLE ET LE CONTEXTE SOCIOÉCONOMIQUE

Bien que les deux parents soient sur le marché du travail dans la majorité des familles biparentales, la proportion de familles éprouvant des difficultés économiques est en hausse au Québec, ces difficultés étant plus durement ressenties par les familles monoparentales. Le quart des petits Estriens de 0 à 5 ans vivent dans une famille à faible revenu, ce qui représente plus de 5 000 enfants, et de ce nombre on en compte près de 1 700 en situation d'extrême pauvreté.

1.4.1 Les parents et le marché du travail

Plus de la moitié (55 %) des familles québécoises biparentales avec enfants comptent les deux parents sur le marché du travail, tandis que pour 9 % d'entre elles aucun des deux parents ne bénéficie d'un revenu d'emploi ou d'assurance-emploi (tableau 1-6). Dans les familles biparentales avec enfants où un seul des deux parents occupe un emploi, la proportion de familles où le père est en emploi est nettement plus forte (21,4 %) que celle où c'est la mère qui occupe un emploi (2,8 %). Parallèlement, on note que parmi les familles monoparentales, tant au Québec qu'en Estrie, la proportion de parents en emploi est plus élevée lorsque le chef de famille est un père comparativement à une mère. En Estrie, 57 % des chefs de familles monoparentales occupent un emploi, soit une proportion supérieure à celle qui prévaut pour l'ensemble de la province (50 %). Dans les familles monoparentales dirigées par une femme, cette valeur est de 54 % en Estrie et de 47 % au Québec.

Tableau 1-6
Répartition des familles* selon la situation des parents par rapport au marché du travail, Estrie et Québec, 1996

Type de familles	Situation au marché du travail		Territoire	
			Estrie (%)	Québec (%)
Familles biparentales (avec enfants) (Québec n= 977 075)	Deux parents en emploi		Nd	55,1
	Deux parents inactifs**		Nd	8,7
	Mères en emploi et pères inactifs		Nd	2,8
	Pères en emploi et mères inactives		Nd	21,4
Familles monoparentales (Québec n= 309 440) (Estrie n= 11 185)	Total – Chefs de famille	En emploi	56,5	50,4
		Au chômage	10,2	9,4
		Inactifs	33,3	40,2
	Mères chef de famille (Québec n= 252 525) (Estrie n= 8 855)	En emploi	53,9	47,3
		Au chômage	9,4	9,3
		Inactives	36,7	43,4
	Pères chefs de famille (Québec n= 56 920) (Estrie n= 2 330)	En emploi	67,0	64,1
		Au chômage	12,4	10,0
		Inactifs	20,6	25,9

* Avec enfants et parents de tous âges
** Ni en emploi, ni en chômage
Sources : MFE, *Un portrait statistique des familles et des enfants au Québec*
Statistique Canada, recensement de 1996

Le revenu moyen brut des familles estriennes serait inférieur à la moyenne québécoise, tout type de familles confondu (45 000 $ contre 49 000 $ en 1995) (tableau 1-7). Par ailleurs, tant en Estrie que dans l'ensemble du Québec, le revenu moyen des familles monoparentales dont le parent est de sexe masculin est de beaucoup supérieur à celui des familles monoparentales dont le parent est de sexe féminin. En Estrie, cette différence de revenu moyen brut atteint les 12 000 $ (36 000 $ contre 24 000 $ en 1995).

Tableau 1-7
Revenu moyen brut selon le type de familles*, Estrie et Québec, 1995

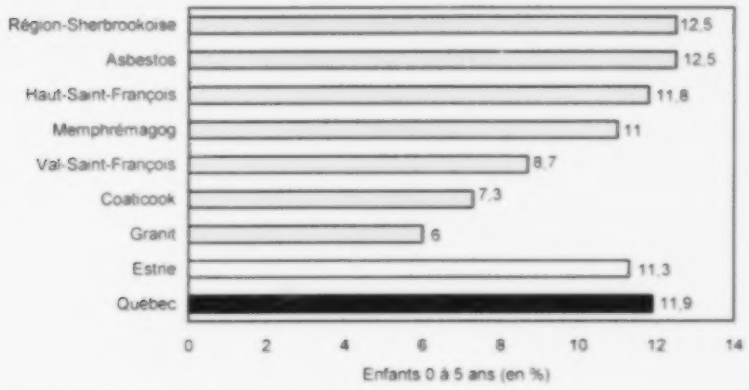
Type de familles	Revenu moyen selon le territoire ($)	
	Estrie	Québec
Familles biparentales** (couples mariés ou en union libre)	47 832	53 192
Familles monoparentales où le parent est de sexe masculin	35 548	38 466
Familles monoparentales où le parent est de sexe féminin	23 891	26 157
Total – Familles monoparentales	26 323	28 421
Total – Familles	44 670	49 261

* Le revenu de la famille correspond à la somme des revenus totaux de tous les membres de la famille de 15 ans et plus.
** Familles avec ou sans enfants.
Source : Statistique Canada, recensement de 1996.

1.4.2 Les familles bénéficiaires de l'assistance-emploi

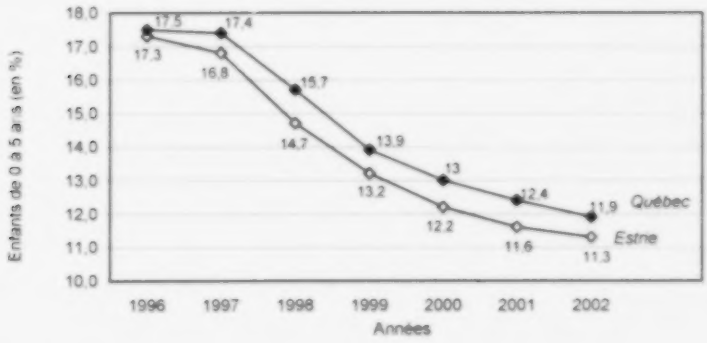
Sur l'ensemble du territoire estrien, 11 % des enfants âgés de 0 à 5 ans vivent dans des familles bénéficiaires de l'assistance-emploi (aide sociale) en 2002, une situation semblable à celle du Québec. On remarque toutefois des différences notables entre les MRC (figure 1-15). Par exemple, la proportion est nettement inférieure à la moyenne estrienne pour les MRC du Granit (6 %) et de Coaticook (7 %), mais supérieure à la moyenne pour les MRC d'Asbestos (13 %) et de La Région-Sherbrookoise (13 %). Par ailleurs, on observe qu'entre 1996 et 2002, cette proportion a fortement diminué, tant en Estrie que dans l'ensemble du Québec (figure 1-16). En Estrie, la baisse est de près d'un tiers (de 17 % à 11 %). Parmi les facteurs explicatifs de ce phénomène, on note une amélioration de l'emploi dans la région au cours des dernières années, la mise en œuvre de réformes sociales visant l'incitation au travail ainsi qu'un resserrement des conditions d'accès à l'assistance-emploi.

Figure 1-15
Proportion des enfants âgés de 0 à 5 ans dont les parents sont prestataires de l'assistance-emploi, MRC, Estrie et Québec, 2002



Source : MESS, 2002

Figure 1-16
Évolution de la proportion d'enfants de 0 à 5 ans dont les parents sont prestataires de l'assistance-emploi, Estrie et Québec, 1996-2002



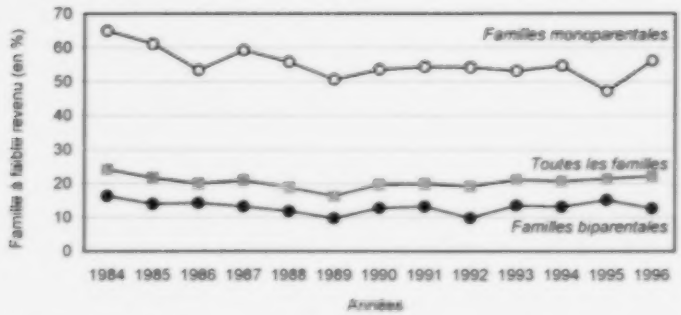
Source : MESS, 1996-2002

1.4.3 Les familles vivant sous le seuil de faible revenu

Selon Statistique Canada, une famille à faible revenu est celle qui consacre 54,7 % ou plus de son revenu brut à l'achat de biens et services essentiels, soit au logement, à la nourriture et à l'habillement. Il est également à noter que les seuils de faible revenu varient selon le nombre d'enfants dans la famille et la taille de la municipalité.

Au Québec, la proportion de familles à faible revenu a connu une baisse entre les années 1984 et 1989 pour ensuite augmenter légèrement entre 1990 et 1996 (figure 1-17). En 1996, au Québec, la proportion de familles à faible revenu était de 22 %. Cette proportion était de 13 % chez les familles biparentales et de 56 % chez les familles monoparentales (60 % quand la famille est dirigée par une femme). Notons que plus de la moitié (55 %) des familles à faible revenu de la province sont des familles monoparentales. De 1984 à 1989, on observe toutefois une diminution de la proportion de familles monoparentales vivant sous le seuil de faible revenu au Québec, puis une stabilisation par la suite (figure 1-17).

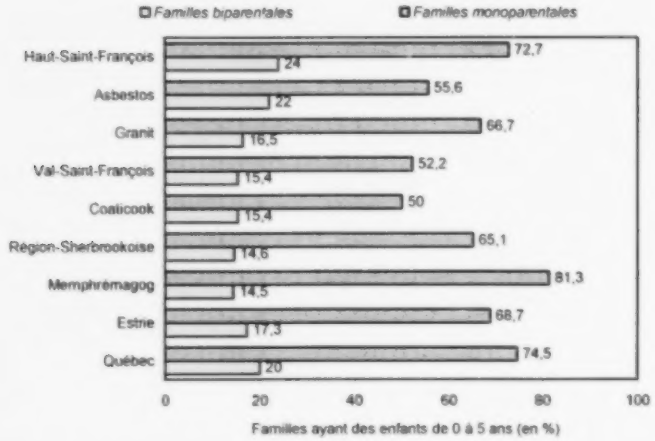
Figure 1-17
Évolution de la proportion de familles* à faible revenu selon le type de familles, Québec, 1984-1996**



* Chef de famille de moins de 65 ans avec enfants de moins de 18 ans.
** Estimation fondée sur les seuils de faible revenu (base de 1992).
Source : MFE, *Un portrait statistique des familles et des enfants au Québec.*

En Estrie, on estime, selon les données de 1996, que près de 5 000 enfants âgés de 0 à 5 ans vivent dans une famille à faible revenu, ce qui représente le quart des enfants de ce groupe d'âge. Une telle situation de faible revenu est observée dans 17 % des cas lorsque l'enfant vit dans une famille biparentale et dans 69 % des cas lorsque celui-ci vit dans une famille monoparentale (figure 1-18). Parmi les familles monoparentales, c'est dans la MRC de Memphrémagog que les situations de faible revenu sont proportionnellement plus nombreuses, avec 81 % des enfants de 0 à 5 ans vivant dans une famille à faible revenu, tandis que les proportions prévalant dans les MRC d'Asbestos (56 %), du Val-Saint-François (52 %) et de Coaticook (50 %) sont inférieures à la moyenne estrienne (69 %). Tant pour la proportion d'enfants de 0 à 5 ans vivant dans une famille biparentale que monoparentale à faible revenu, l'Estrie se compare favorablement aux valeurs québécoises (20 % et 75 %, respectivement).

Figure 1-18
Proportion des enfants de 0 à 5 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon le type de familles, MRC, Estrie et Québec, 1996



Source : Statistique Canada, recensement de 1996.

On évalue à près de 1 700 (8 %) le nombre d'enfants de 0 à 5 ans qui vivent en situation d'extrême pauvreté dans la région, soit dans une famille qui dispose de moins de la moitié du montant fixé comme seuil de faible revenu par Statistique Canada. Cette situation prévaut dans 6 % des cas lorsque l'enfant vit dans une famille biparentale et dans 25 % des cas lorsque celui-ci vit dans une famille monoparentale[1].

[1] Statistique Canada, Recensement de 1996. Voir aussi D. KERR et A. BÉLANGER (2001), *L'évolution de la structure familiale, les changements démographiques et le bien-être des enfants d'âge préscolaire au Canada, 1981 à 1997, Rapport sur l'état de la population du Canada 2000 – La conjoncture démographique*, Statistique Canada, juin 2001, p. 159–176.

CHAPITRE

ÉTAT DE SANTÉ

Ce deuxième chapitre fait état des principaux problèmes de santé qui affectent les enfants de 0 à 5 ans de l'Estrie et leur famille. Une attention spéciale est portée aux divers aspects de santé et de bien-être entourant la grossesse et la naissance. Concernant ces aspects en particulier, certains déterminants sociaux de la santé sont aussi considérés, surtout lorsque des données estriennes peuvent être présentées.

2.1 Points saillants

- Le taux de prématurité est en constante progression au Québec de 1989 (6,4 %) à 2000 (7,7 %) : une augmentation annuelle moyenne de 0,1 %. En Estrie, le taux demeure inférieur à celui du Québec jusqu'en 1993, puis grimpe soudainement à 7,6 % en 1994. Par la suite, malgré les fluctuations annuelles prononcées, le taux se situe près de celui du Québec, autour de 8 %.
- Le taux de faible poids à la naissance est pratiquement constant au Québec de 1989 à 2000 : entre 5,5 et 6,0 %. Par contraste, le taux estrien varie sensiblement, passant de près de 5 % au cours de la période de 1989 à1992 à près de 6,5 % de 1994 à 1997. Par la suite, le taux estrien est apparemment inférieur à celui de l'ensemble du Québec de 1998 à 1999, pour remonter à environ 6,4 % en 2001.
- Les trois MRC ayant les taux de prématurité les plus bas au cours de la période de 1996 à 2000, soit Le Val-Saint-François (4,9 %), Le Granit (5,1 %) et Coaticook (5,5 %), sont aussi celles ayant les taux d'insuffisance de poids inférieurs au Québec et à l'Estrie.
- Le taux de mortalité infantile (moins d'un an) a considérablement chuté au Québec au cours des dernières décennies et s'est stabilisé dans les années 1990. De 1976 à 1999, il est passé de 12 décès pour 1 000 naissances vivantes à 5 pour 1 000, soit une baisse de 50 % en 23 ans. En Estrie, le taux est très proche de celui de l'ensemble du Québec depuis le milieu des années 1990 : aux alentours de 5 décès pour 1 000 naissances vivantes.
- Tant en Estrie que dans l'ensemble du Québec, le taux de mortalité chez les jeunes enfants (de 1 à 4 ans) est 17 fois moins élevé que le taux de mortalité infantile (23 par 100 000 enfants par comparaison à plus de 500 par 100 000). Peu élevée, la mortalité des jeunes enfants a encore diminué au cours des années 1990.
- Près des trois quarts (72 %) des enfants québécois seraient nourris au sein à la naissance, tandis que la proportion serait de 64 % en Estrie.

- Le taux de grossesse chez les adolescentes a augmenté de près de 5 % en Estrie dans les années 1990, soit de 17,8 à 18,7 pour 1 000 adolescentes de 14 à 17 ans. Le taux québécois est similaire au taux estrien au début des années 1990, mais diminue à partir du milieu de la décennie.
- Le taux de grossesse chez les adolescentes est presque toujours plus élevé que la moyenne estrienne dans les MRC de La Région-Sherbrookoise, de Memphrémagog et du Haut-Saint-François, tandis que le taux le plus bas est observé dans la MRC du Granit.
- Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) est en progression constante en Estrie de 1986 à 2000. Cette progression est linéaire, la hausse annuelle moyenne étant de 31 cas. Au cours des dernières années, on compte une interruption volontaire de grossesse pour trois naissances vivantes.
- Au nombre des risques menaçant la santé des travailleuses enceintes ou allaitantes, les risques ergonomiques dominent (70 %) : en particulier, la station debout prolongée, le soulèvement ou le transport de charges et l'organisation du travail.
- Parmi les déficiences affectant les enfants de 0 à 5 ans de l'Estrie, les maladies chroniques (42 %) et les maladies mentales (33 %) dominent largement (75 % au total); viennent ensuite la déficience motrice (17 %), la déficience visuelle (3 %) et la déficience auditive (5 %).
- Les taux estrien et québécois d'hospitalisation des enfants de moins d'un an sont quasi identiques de 1991-1993 à 1995-1997, de l'ordre de 220 événements par 1 000 enfants pour une année. La période 1997-1999 se caractérise par une augmentation des taux plus marquée en Estrie (309 par 1 000 enfants) qu'au Québec (265 par 1 000 enfants). Pour la période 1999-2001, les taux redescendent et se stabilisent aux niveaux des taux de 1995-1997, soit 264 par 1 000 enfants pour l'Estrie et 245 par 1 000 enfants pour l'ensemble du Québec.
- La MRC du Granit se démarque par un taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an beaucoup plus élevé que ceux des autres MRC de l'Estrie : de 325 à 487 par 1 000 enfants au cours de la période 1991-1993 à 1999-2001.
- Les taux d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans sont quasi identiques en Estrie et au Québec en 1999-2001, soit 64 événements par 1 000 pour les sexes réunis (55 pour les filles et environ 72 pour les garçons). Entre les périodes de 1991-1993 et de 1999-2001, on observe une diminution des taux québécois et une augmentation des taux estriens. Ces tendances sont très différentes de celles rapportées pour les enfants de moins d'un an. Cependant, les taux des garçons sont supérieurs à ceux des filles de 0 à 4 ans.

- Deux MRC se caractérisent par des taux d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans très supérieurs à la moyenne estrienne pour la période 1999-2001 : Le Granit (119 et plus par 1 000 enfants) et Asbestos (près de 87 par 1 000).
- La prévalence de l'asthme infantile a augmenté au Québec au cours des dernières décennies, atteignant 11,5 % chez les enfants de 2 à 4 ans l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ 1998-2002). Le taux de mortalité dû à l'asthme est peu élevé (0,25 pour 100 000 enfants), mais cette maladie altère la qualité de vie des tout-petits. Les taux d'hospitalisation et de visite à l'urgence sont plus bas en Estrie qu'au Québec, mais ils ont tendance à remonter tandis que ceux du Québec fléchissent.
- Les taux d'hospitalisation due à l'asthme, les plus élevés parmi les MRC estriennes, sont enregistrés dans les MRC d'Asbestos (16 par 1 000 enfants) et de Memphrémagog (8 par 1 000).
- La principale maladie infectieuse à déclaration obligatoire (MADO) déclarée en Estrie est la coqueluche, comptant pour 30 % des 122 cas déclarés de ces maladies annuellement. Quatre autres maladies infectieuses contribuent à 10 % ou plus des cas : les streptocoques invasifs, la scarlatine, la campylobactériose et la giardiase.
- Le Centre Anti-poison du Québec reçoit chaque année environ 20 000 appels concernant des intoxications chez les enfants québécois de 0 à 5 ans, dont quelque 800 appels (4 %) proviennent de l'Estrie. Très majoritairement (88 % des cas), l'intoxication se fait par voie orale. Le nombre d'appels serait toutefois en baisse et le degré de gravité des intoxications est généralement mineur.
- La carie dentaire chez les jeunes Québécois a connu un important déclin depuis les années 1970, cette diminution étant accompagnée d'une diminution du nombre d'extractions de dents et d'une amélioration du niveau de traitement.

2.2 Grossesses, naissances et décès

Les problèmes foeto-infantiles sont les problèmes de santé associés aux toutes premières étapes de la vie, y compris au développement du fœtus (croissance intra-utérine). Parmi ces problèmes on compte notamment la prématurité et l'insuffisance de poids, qui sont très souvent le résultat de multiples facteurs. Outre les facteurs biologiques, comme l'âge de la mère (moins de 20 ans ou plus de 35 ans) ainsi que la grossesse multiple ou répétée, certains risques reliés à l'environnement socioéconomique tels que la pauvreté

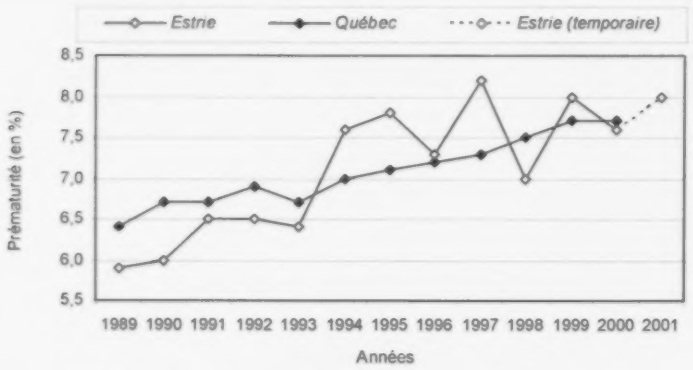
et la sous-scolarisation des mères s'avèrent des déterminants majeurs sur l'issue de la grossesse. Les habitudes de vie, particulièrement le tabagisme et les conditions de travail, exercent également une influence sur l'état de santé de l'enfant à naître[1].

2.2.1 Prématurité et faible poids à la naissance

On reconnaît que le poids à la naissance est le meilleur indicateur des chances de survie du nouveau-né. La prématurité, directement reliée à une insuffisance de poids, menace considérablement cette survie ainsi que le développement normal[2].

Le taux de prématurité est en constante progression au Québec de 1989 (6,4 %) à 2000 (7,7 %) : une augmentation annuelle moyenne de 0,1 % (figure 2-1). En Estrie, le taux demeure inférieur à celui du Québec jusqu'en 1993, puis grimpe soudainement à 7,6 % en 1994. Par la suite, malgré les fluctuations annuelles prononcées, ce taux avoisine généralement 8 % jusqu'en 2001.

Figure 2-1
Évolution du taux de prématurité (moins de 37 semaines de gestation), Estrie et Québec, 1989-2001



Sources : MSSS, fichiers des naissances de 1989 à 2000.
Déclarations de naissances vivantes reçues à la DSPE, 1999-2001.

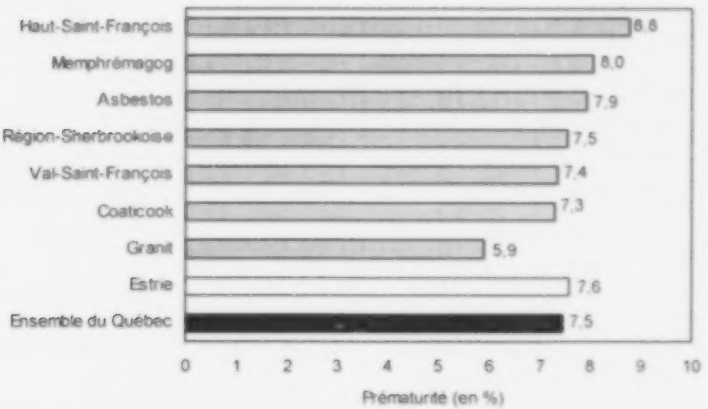
[1] Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, *Rapport sur l'état de santé et de bien-être des enfants de 0 à 5 ans de la région de Québec*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, 2000, p. 12.

[2] *Op. cit.*, p. 11.

L'examen du taux de prématurité par MRC fait ressortir d'importants écarts par rapport au Québec et à l'Estrie, pour la période 1996-2000 (figure 2-2). La MRC du Haut-Saint-François montre un taux très élevé (8,8 %), alors que la MRC du Granit se démarque par un taux de prématurité plutôt bas (5,9 %).

L'augmentation de la prématurité au Québec concerne avant tout les gestations de 35 à 36 semaines (de 4,0 % en 1989 à 4,9 % en 2000). La proportion des autres prématurités a très peu varié de 1989 à 2000 : de 1,1 % à 1,4 % pour les 33 à 34 semaines de gestation, 0,9 % pour les 28 à 32 semaines et 0,4 % pour les 27 semaines ou moins.

Figure 2-2
Taux de prématurité (moins de 37 semaines de gestation), MRC, Estrie et Québec, 1996-2000



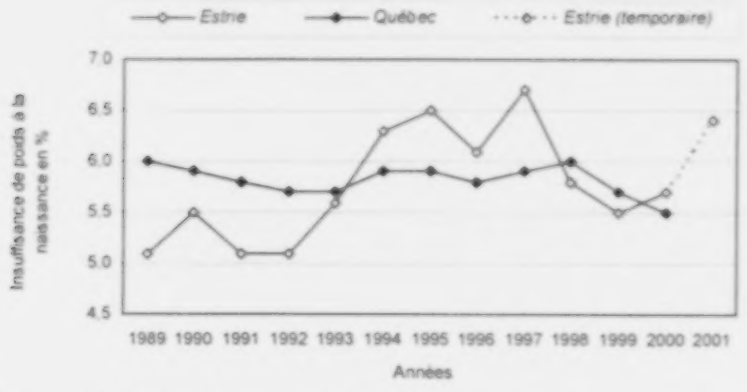
Source : MSSS, fichiers des naissances de 1996 à 2000.

Globalement, l'évolution du taux d'insuffisance de poids à la naissance est semblable à celle du taux de prématurité, puisque des nouveau-nés ont simultanément une gestation de moins de 37 semaines et un poids à la naissance inférieur à 2 500 grammes. Toutefois, certaines différences majeures doivent être soulignées.

Au Québec, de 1989 à 2000, le taux de bébé de faible poids est pratiquement constant entre 5,5 et 6,0 % (figure 2-3). Les variations du taux estrien sont relativement importantes : un taux de près de 5 % en général de 1989 à 1992, puis une hausse majeure à près de 6,5 %, en général, de 1994 à 1997. Par la suite, le taux estrien est apparemment inférieur à celui de l'ensemble du Québec de 1998 à 1999, pour remonter à environ 6,4 % en 2001.

Les fluctuations du taux d'insuffisance de poids en Estrie sont d'une ampleur plus grande que celles du taux de prématurité, tout en étant plus irrégulières. Nous ne sommes pas en mesure d'expliquer le comportement plutôt erratique de cet indicateur au cours des dernières années.

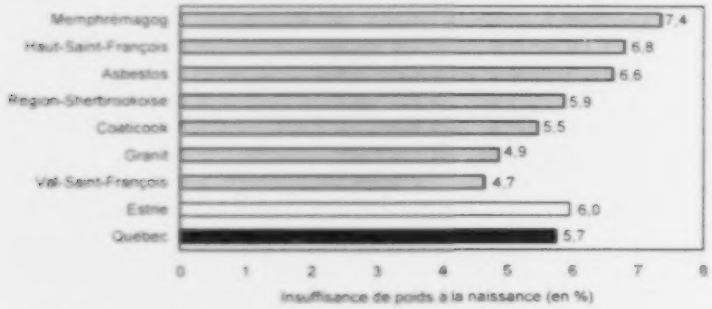
Figure 2-3
Évolution du taux d'insuffisance de poids à la naissance (moins de 2 500 g), Estrie et Québec, 1989-2001



Sources : MSSS, fichiers des naissances de 1989 à 2000.
Déclarations de naissances vivantes reçues à la DSPE, 1999-2001.

Les trois MRC ayant les taux de prématurité les plus bas au cours de la période 1996-2000, soit Le Val-Saint-François (4,9 %), Le Granit (5,1 %) et Coaticook (5,5 %), sont aussi celles ayant les taux d'insuffisance de poids inférieurs au Québec et à l'Estrie (figure 2-4). Le taux d'insuffisance de poids est inférieur à celui de la prématurité, avec 1,8 % pour le Québec et 1,6 % pour l'Estrie pour la période de 1994 à1998. C'est dans la MRC du Val-Saint-François que l'écart est le plus grand (2,7 %) et dans celle de Memphrémagog que l'écart est le plus faible (0,7 %).

Figure 2-4
Taux d'insuffisance de poids à la naissance (moins de 2 500 g), MRC, Estrie et Québec, 1996-2000



Source : MSSS, fichiers des naissances de 1996 à 2000.

Programme intégré d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité – VOLET PRÉNATAL

Ce programme est la concrétisation, en Estrie, de la démarche engagée dans l'ensemble du Québec pour intégrer le *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP), le programme *Naître Égaux – Grandir en Santé* (NÉ-GS) et les programmes de soutien éducatif précoce.

Comme son nom l'indique, le programme intégré s'adresse à des familles vulnérables, c'est-à-dire qui présentent des caractéristiques risquant d'affecter le développement des enfants. Le programme mise sur un suivi intégré et continu, à partir de la grossesse de la mère jusqu'à ce que l'enfant fasse son entrée à l'école. Il comporte donc un volet prénatal et un volet postnatal*. Les objectifs du programme sont les suivants :

- Réduire la proportion de bébés de faible poids (moins de 2 500 g) à la naissance
- Favoriser le développement optimal des enfants
- Diminuer le nombre de cas retenus pour abus et négligence
- Améliorer les compétences parentales

Le volet prénatal vise principalement à réduire le nombre de bébés dont le poids est insuffisant à la naissance. Il cible les femmes enceintes de faible revenu ou qui ont moins de 20 ans lors de l'inscription au programme. En Estrie, on estime que le nombre potentiel de femmes enceintes vivant dans ce contexte de vulnérabilité s'élève à environ 550. Les femmes participant au programme profitent de suppléments alimentaires (œuf, lait, orange), d'un suivi individualisé incluant des visites régulières à domicile, d'une analyse continue des besoins et de l'information sur une foule de sujets tels les habitudes de vie, les ressources du milieu, ou encore la préparation à l'accouchement et à la venue du bébé. On peut aussi accompagner les participantes vers des ressources appropriées telles les cuisines collectives, les maisons de la famille ou l'organisme Naissance Renaissance.

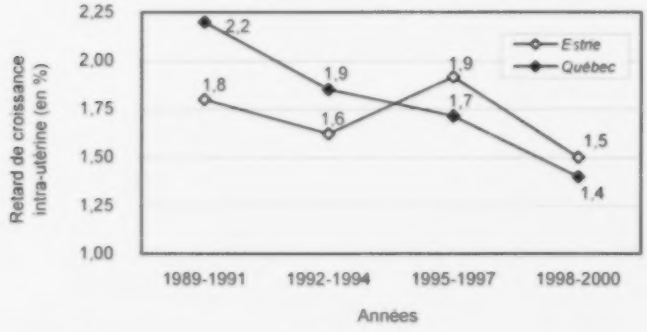
En Estrie, le volet prénatal du programme rejoint une grande proportion de la clientèle visée : 431 femmes en situation vulnérable en 2002-2003, soit 72 % de la clientèle potentielle. Les participantes en 2002-2003 ont donné naissance à des bébés dont le poids moyen est de 3 311 grammes (7 livres et 5 onces). Aucune n'a donné naissance à un bébé de très faible poids (moins de 1 500 g) et près de la moitié des bébés prématurés avaient un poids supérieur à 2 500 grammes, malgré le fait qu'ils soient nés prématurément.

*Sur le volet postnatal, voir l'encadré à la section 4.4.

2.2.2 Retard de croissance intra-utérine

Les indicateurs de prématurité et d'insuffisance de poids à la naissance ne tiennent compte que d'un seul facteur à la fois. Le retard de croissance intra-utérine (RCIU) permet de prendre en considération, de façon simultanée, le poids du bébé et le temps de gestation accompli lors de la naissance, c'est-à-dire qu'il identifie les nouveau-nés les plus à risque. En Estrie, de 50 à 70 naissances par année appartiennent à ce groupe de nouveau-nés avec RCIU.

Figure 2-5
Évolution du taux de retard de croissance intra-utérine (RCIU), Estrie et Québec, 1989-1991 à 1998-2000



Source : MSSS, fichiers des naissances de 1989 à 2000.

Le taux de RCIU diminue régulièrement au Québec, de 2,2 % en 1989-1991 à 1,4 % en 1998-1999 (figure 2-5). En Estrie, le taux est inférieur à celui du Québec tous les ans, de 1989 à 1994. La remontée du taux estrien, de 1995 à 1997 (1,9 %), découle des taux très élevés obtenus en 1995 (2,2 %) et en 1997 (2,1 %). En 1998-1999, le taux estrien est très proche du taux pour l'ensemble du Québec.

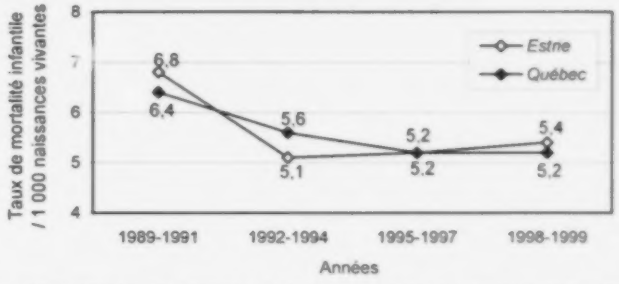
2.2.3 Mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile constitue l'un des indicateurs de santé le plus souvent utilisés. Il représente à la fois un indicateur du niveau de mortalité, de l'état de santé et du développement sanitaire d'un milieu donné, de l'efficacité de son système de prévention et de l'attention portée à la santé de la mère et de son enfant. Par définition, ce taux réfère aux décès survenus chez les enfants âgés de moins d'un an pour une période donnée. Avant les années soixante, en Amérique du Nord, les décès d'enfants de moins

d'un an survenaient principalement chez les enfants âgés de plus d'un mois, tandis que depuis les années soixante, ils se concentrent surtout chez les enfants de moins d'un mois qui présentent à la naissance un très faible poids[3].

Au Québec, le taux de mortalité infantile (moins de 1 an) a considérablement chuté au cours des dernières décennies pour se stabiliser dans les années 90. De 1976 à 1999, il est passé de 12 décès pour 1 000 naissances vivantes à 5 pour 1 000, soit une baisse de 50 % en 23 ans[4]. En Estrie, le taux est très proche de celui de l'ensemble du Québec depuis le milieu des années 1990 et se situe aux alentours de 5 décès pour 1 000 naissances vivantes (figure 2-6).

Figure 2-6
Évolution du taux de mortalité infantile,
Estrie et Québec, 1989-1991 à 1998-1999



Source : MSSS, Service de l'Infocentre, fichiers des décès et des naissances de 1989 à 1999

En ce qui a trait aux principales causes de décès chez les enfants de moins d'un an en Estrie, on note qu'en huit ans (1992-1999, 131 décès), 30 décès sont attribués aux suites d'une anomalie congénitale, 22 à la mort soudaine du nourrisson et 7 à la détresse respiratoire (tableau 2-1). Par rapport au Québec, la mortalité infantile en Estrie est causée dans une plus faible proportion par les anomalies congénitales (23 % en Estrie contre 32 % dans l'ensemble du Québec), mais dans une plus forte proportion par la mort soudaine du nourrisson (17 % en Estrie contre 9 % dans l'ensemble du Québec). Toutefois, étant donné les nombreuses causes de la mortalité infantile, plus de la moitié des décès se retrouvent dans la catégorie « autres affections » (hypoxie intra-utérine et asphyxie à la naissance, hémorragie fœtale et néonatale, troubles endocriniens, etc.).

---

[3] Groupe de travail pour les systèmes d'information sur la santé communautaire et autres. *Indicateurs sociosanitaires. Définitions et interprétations*. Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa (Ontario), juin 1995, p. 144.

[4] Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, *op. cit.*, p. 9.

Tableau 2-1
Principales causes de décès chez les enfants de moins d'un an, Estrie et Québec, 1992-1999

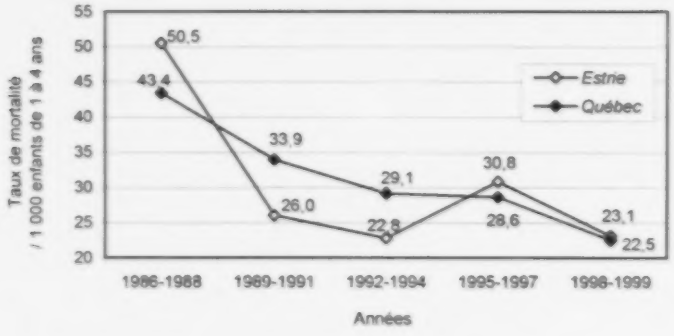
Cause de mortalité	ESTRIE %	QUÉBEC %
Anomalies congénitales	22,9	31,5
Mort soudaine du nourrisson	16,8	8,7
Détresse respiratoire	5,3	7,3
Autres affections	55,0	52,5
TOTAL	**100,0**	**100,0**
Nombre de décès en huit ans	**131**	**3633**

Source : MSSS, fichiers des décès de 1992 à 1999.

2.2.4 Mortalité chez les enfants de 1 à 4 ans

Le portrait de la mortalité chez les jeunes enfants (de 1 à 4 ans) diffère considérablement de celui de la mortalité infantile (moins d'un an). Tout d'abord, le taux de mortalité chez les jeunes enfants est d'environ 23 par 100 000 enfants en Estrie et au Québec, par comparaison à plus de 500 par 100 000 pour le taux de mortalité infantile, soit dix-sept fois moins élevé. Au Québec, on observe une nette diminution (la moitié) du taux de mortalité des 1 à 4 ans de 1986-1988 à 1998-1999 (figure 2-7). En Estrie, la tendance générale serait la même, malgré de fortes variations découlant des effectifs restreints.

Figure 2-7
Évolution du taux de mortalité chez les enfants de 1 à 4 ans, Estrie et Québec, 1986-1988 à 1998-1999



Source : MSSS, fichiers des décès de 1986 à 1999.

Les causes de mortalité des jeunes enfants sont très différentes de celles des nouveau-nés. Les décès chez les enfants de moins d'un an sont sept fois sur dix reliés aux problèmes de prématurité et d'insuffisance pondérale[5], alors que les lésions traumatiques et les empoisonnements dominent (deux cas sur cinq) chez les enfants âgés de 1 à 4 ans (tableau 2-2). Les anomalies congénitales sont la deuxième cause de mortalité des jeunes enfants (13 % en Estrie et 18 % au Québec). Trois autres causes regroupent, au Québec et en Estrie, de 5 à 13 % des cas : les tumeurs malignes, les maladies du système nerveux et des organes des sens, les maladies de l'appareil respiratoire. Compte tenu de la rareté relative des événements (56 cas en 12 ans en Estrie), les différences observées dans la répartition des causes de décès entre le Québec et l'Estrie ne peuvent être interprétées.

Tableau 2-2
Principales causes de décès chez les enfants de 1 à 4 ans, Estrie et Québec, 1986-1999

Cause de mortalité	ESTRIE %	QUÉBEC %
Lésions traumatiques et empoisonnements	45,2	37,6
Anomalies congénitales	12,9	18,0
Tumeurs malignes	6,5	12,7
Maladies du système nerveux et des organes des sens	11,3	7,7
Maladies de l'appareil respiratoire	8,1	4,6
Autres causes	16,1	19,3
TOTAL	**100,0**	**100,0**

Source : MSSS, fichiers des décès de 1986 à 1999.

2.3 Environnement et comportements, avant et après la naissance

L'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002)* a permis d'approfondir la compréhension de l'influence de la position sociale de la famille sur la santé des tout-petits[6]. Utilisant un indice du statut socioéconomique (revenu brut du ménage, niveau de scolarité et prestige de la profession des parents ou des personnes qui en ont la charge), les chercheurs rapportent que vivre depuis sa naissance dans une

[5] *Op. cit.*, p. 10.

[6] G. PAQUET et D. HAMEL (2003), « Conditions socioéconomiques et santé, section II - Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois, Québec, Institut de la Statistique du Québec, vol. 2, no 3.

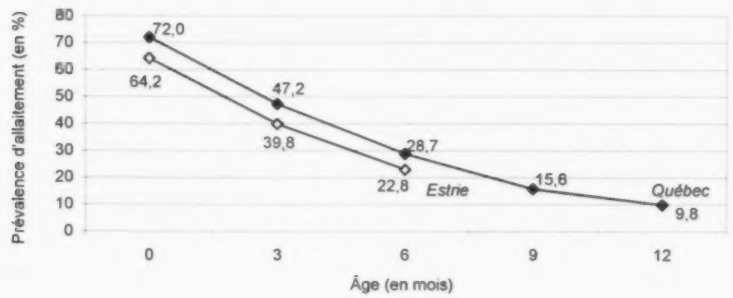
famille qui se situe au bas de l'échelle sociale s'accompagne d'une probabilité plus élevée de séjourner à l'hôpital, d'avoir des infections aux voies respiratoires et d'être perçu par sa mère comme n'étant pas en très bonne santé. Cependant, l'influence de la position sociale des familles peut être contrée en présence de certains facteurs que les auteurs qualifient de protecteurs, comme l'allaitement, le soutien des grands-parents, une mère en très bonne santé, la fréquentation d'une garderie ou encore le fait de vivre dans une famille d'au moins trois enfants.

2.3.1 Allaitement maternel

L'ELDEQ 1998-2002[7] montre que près des trois quarts (72 %) des enfants sont nourris au sein à la naissance (figure 2-8). Cette étude indique également que 47 % des enfants sont allaités pendant trois mois et que 41 % le sont au moins quatre mois. En Estrie, une enquête régionale réalisée auprès des mères venant d'accoucher en 1998-1999 révèle des taux inférieurs à ceux du Québec, soit 64 % à la naissance et 39,8 % à trois mois.

Tant en Estrie que dans l'ensemble du Québec, les taux de prévalence de l'allaitement maternel observés sont moins élevés que ceux recommandés au Québec, soit 85 % à la sortie des services de maternité, 70 %, 60 % et 50 % respectivement aux deuxième, quatrième et sixième mois de vie, et 20 % à douze mois.

Figure 2-8
Taux de prévalence de l'allaitement maternel, Estrie et Québec, 1998-1999



Sources : ELDEQ 1998-2002 pour le Québec et enquête régionale pour l'Estrie (1998-1999).

[7] DUBOIS, L. et M.GIRARD (2002), « Évolution des comportements et des pratiques alimentaires » dans Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n°5.

La durée moyenne d'allaitement est de 3,9 mois pour l'ensemble des jeunes enfants. Elle varie en fonction du statut socioéconomique de la famille, de 2,8 mois pour les enfants des familles les plus défavorisées à 5,0 mois pour ceux des familles les plus favorisées[8]. La réalité est donc assez éloignée des recommandations énoncées précédemment, particulièrement pour les enfants des familles défavorisées.

L'Initiative amis des bébés

Au Québec, comme en Estrie, *l'Initiative amis des bébés* a été retenue comme la principale stratégie pour favoriser l'allaitement maternel. Ce programme a été lancé en 1991 par l'UNICEF et par l'Organisation mondiale de la Santé pour aider les hôpitaux, les services de santé et les parents à connaître les bienfaits de l'allaitement maternel et à s'organiser pour en faciliter la pratique. Il offre une structure et des outils pour soutenir le démarrage et la poursuite de l'allaitement maternel. Dans les pays où elle a été implantée, l'Initiative a permis d'augmenter les taux et la durée de l'allaitement maternel, d'améliorer la qualité des soins et d'en réduire les coûts.

L'Initiative amis des bébés comprend une série de mesures visant à créer un environnement favorable à l'allaitement maternel. Ces mesures touchent notamment les pratiques professionnelles ou hospitalières entourant l'allaitement, l'enseignement fourni aux mères ou encore le contrôle de la publicité concernant les laits artificiels. Plusieurs de ces mesures sont déjà en place dans la région de l'Estrie. On encourage par exemple la cohabitation de la mère et de son bébé dans les maternités, de même que l'allaitement précoce suite à la naissance du bébé. On renseigne également les mères sur les protocoles d'utilisation de suppléments alimentaires pour les bébés allaités.

2.3.2 Grossesse à l'adolescence

La grossesse à l'adolescence devrait être une préoccupation majeure compte tenu de ses conséquences. Certains facteurs sont identifiés comme déterminants de la grossesse à l'adolescence. La précocité des premières menstruations, le fait d'être active sexuellement à un jeune âge, un faible intérêt académique, une attitude négative à l'égard de la sexualité et de la contraception sont tous des facteurs de risque qui augmentent la probabilité d'une grossesse. D'autres éléments sont également identifiés tels une faible estime de soi, le fait d'avoir été victime d'abus sexuel et exposée à la violence ainsi que la consommation de drogues[9].

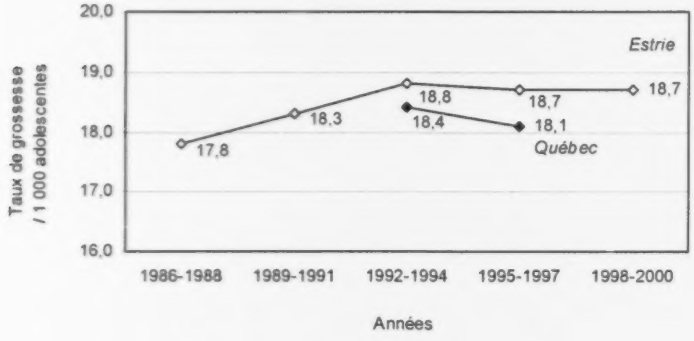
---

[8] *Ibid.*

[9] Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, *op. cit.*, p. 15.

Le taux de grossesse[10] chez les adolescentes augmente de près de 10 % de 1986-1988 à 1998-1999 en Estrie, soit de 17,2 à 19,1 pour 1 000 adolescentes de 14 à 17 ans (figure 2-9). Le taux québécois est similaire au taux estrien en 1992-1994 (18,4 pour 1 000), mais diminue par la suite (17,6 pour 1 000 en 1995-1997). Cette divergence récente des taux québécois et estriens doit être notée, mais il faut attendre des données plus récentes pour confirmer ou infirmer cette observation.

Figure 2-9
Évolution du taux de grossesse chez les adolescentes (14-17 ans), Estrie et Québec, 1986-1988 à 1998-2000



Sources : MSSS, fichiers des naissances de 1986 à 2000.
ISQ, population des adolescentes.
CHUS, Clinique de planification des naissances, données sur les IVG.

Globalement, près des trois quarts des grossesses chez les adolescentes en Estrie et au Québec se concluent par une interruption volontaire de grossesse (IVG). Le nombre d'IVG chez les adolescentes estriennes augmente au cours des années 90, passant de 86 par année en 1986-1988 à 110 par année en 1998-2000. Pour la même période, le nombre de naissances vivantes fluctue peu (45 par année en moyenne).

La répartition intrarégionale des grossesses à l'adolescence met en évidence des écarts inter-MRC. Malgré les fortes fluctuations observées de 1986 à 1999, le taux est presque toujours plus élevé que la moyenne estrienne pour trois MRC : La Région-Sherbrookoise, Memphrémagog et Le Haut-Saint-François. Le taux le plus bas est observé dans la MRC du Granit.

[10] Les données présentées ici excluent les avortements spontanés (fausse-couche) et les morti-naissances, car, d'une part, le nombre d'avortements spontanés n'est pas disponible par territoire de MRC et, d'autre part, les morti-naissances sont des événements rarissimes chez les adolescentes. Sont également exclues du calcul les Estriennes qui subissent un IVG à l'extérieur de la région (environ 2 % des cas). Notons aussi que l'âge est établi au moment de l'aboutissement de la grossesse et non au moment de la conception.

2.3.3 Interruptions volontaires de grossesse

Toutes les informations concernant les interruptions volontaires de grossesse en Estrie proviennent de la Clinique de planification des naissances du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. La quasi-totalité des IVG pour les résidantes de l'Estrie sont effectuées dans cet établissement.

Le nombre d'IVG est en progression constante en Estrie, de 1986 à 2000 (figure 2-10). Cette progression est linéaire, la hausse annuelle moyenne étant de 31 cas. Au cours des dernières années, on a donc une interruption volontaire de grossesse pour trois naissances vivantes, soit près de 1 000 et 3 000 événements respectivement.

Figure 2-10
Évolution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse, Estrie, 1986-2000

Source : CHUS, Clinique de planification des naissances, données sur les IVG.

Les femmes qui recourent à l'IVG ont un âge moyen de 24 ans en 1991-1996; le quart d'entre elles ont de 12 à 19 ans et près de 20 % ont 30 ans ou plus[11]. La durée moyenne de gestation accomplie est de 8,6 semaines; la plupart (91 %) des femmes comptent 12 semaines ou moins de gestation lors de l'intervention, alors que 2 % en comptent 18 semaines ou plus[12].

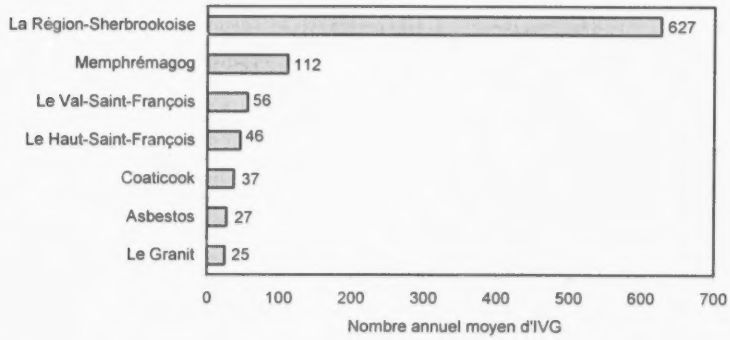
---

[11] Louis HÉBERT, *Profil de la clientèle des interruptions volontaires de grossesse (IVG) en Estrie (1986-1996)*, Sherbrooke, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de la santé publique et de l'évaluation, janvier 1999, p. 20.

[12] *Op. cit.*, p. 18.

Les interruptions volontaires de grossesse concernent majoritairement les femmes de la MRC de La Région-Sherbrookoise, soit les deux tiers des cas (627 cas par année en moyenne pour 1996-2000), malgré le fait que ce territoire ne regroupe que près de la moitié de la population. Pour la MRC de Memphrémagog, la proportion est de 8,3 % (112 cas par année en moyenne). Les cinq autres MRC se partagent le dernier quart des IVG en Estrie, à raison de 2,6 à 6,0 % chacune (25 à 56 cas par MRC par année, en moyenne) (figure 2-11).

Figure 2-11
Nombre annuel moyen d'interruptions volontaires de grossesse, MRC, 1996-2000



Source : CHUS, Clinique de planification des naissances, données sur les IVG.

Note : Il faut noter que la MRC identifiée est celle déclarée par la femme demandant l'intervention et que les avortements ayant lieu dans d'autres régions ne sont pas comptabilisés.

2.3.4 Conditions de travail des femmes enceintes

Les conditions de travail des femmes enceintes ne sont pas connues en général. On dispose toutefois de données sur le contexte de travail des femmes enceintes faisant appel au Programme pour une maternité sans danger (PMSD)[13].

[13] Gilles-Yvon LEVESQUE, *Le programme pour une maternité sans danger (PMSD) en Estrie : analyse détaillée 1994-2000 et analyse évolutive des demandes 1981-2000*, Sherbrooke, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de la santé publique et de l'évaluation, octobre 2002.

Programme de prévention *Pour une maternité sans danger*

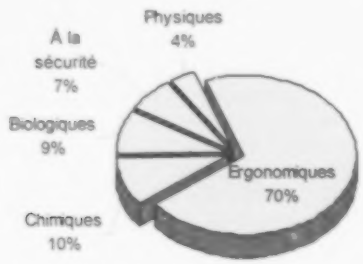
Le programme de prévention *Pour une maternité sans danger* (PMSD) de la Commission de la santé et sécurité du travail (CSST), réalisé en bonne partie par le réseau de la santé (CLSC - CHSLD du Haut-St-François), fournit des éléments pertinents sur les conditions de travail des femmes enceintes. La femme enceinte ou qui allaite, exposée à des conditions de travail dangereuses pour sa santé ou pour celle de l'enfant à naître ou à allaiter, a le droit d'être immédiatement affectée à d'autres tâches qu'elle est en mesure d'accomplir et ne comportant pas de danger. À défaut d'apporter des modifications au poste de travail, la travailleuse devrait être affectée à un autre poste qui ne comporte pas de risque. Si cette réaffectation n'est pas réalisable, la travailleuse a le droit de cesser de travailler temporairement et de recevoir des indemnités de la CSST. Il est alors possible pour les femmes qui se prévalent de ce programme de vivre une grossesse et un allaitement dans des conditions adéquates et en toute sécurité. En fait, les actions effectuées s'inscrivent plus spécifiquement dans la réduction de la prématurité, de l'insuffisance de poids et des anomalies congénitales. L'élimination des contraintes ergonomiques est particulièrement visée car celles-ci sont identifiées comme étant un des facteurs les plus fréquents.

Chaque année, de 1 000 à 1 300 travailleuses formulent une demande dans le cadre du PMSD parce qu'elles sont enceintes (95 %) ou qu'elles allaitent (5 %). Les demandes des travailleuses enceintes constituent de 30 à 40 % des 3 000 naissances de l'Estrie. Une majorité de travailleuses (trois sur cinq) œuvrent dans les services et les commerces. Leur âge moyen est de 27 ans; seules 2 à 3 % d'entre elles ont 19 ans ou moins. Une majorité de travailleuses (55 %) ont un horaire de jour et on constate que 14 % des travailleuses effectuent en tout ou en partie un travail de nuit.

Certains changements importants se sont produits au cours des années. Par exemple, les travailleuses présentent leur demande de plus en plus tôt au cours de leur grossesse. En 2000, on compte 65 % des demandes au cours du premier trimestre et seulement 5 % au cours du troisième trimestre de la grossesse, le nombre médian de semaines de grossesse atteignant 11 semaines, par comparaison à 15 semaines en 1994.

Les risques retenus pour élaborer la recommandation médicale reflètent les dangers auxquels sont exposées les travailleuses enceintes ou allaitantes. La répartition des catégories de risques retenus est celle observée en Estrie pour les 7 885 dossiers de la période 1994-2000 (figure 2-12).

Figure 2-12
Importance relative des catégories de risques retenus, PMSD en Estrie, 1994-2000



Source : RRSSS, DSPE, *Le programme pour une maternité sans danger (PMSD) en Estrie : analyse détaillée 1994-2000 et analyse évolutive des demandes 1981-2000*

Parmi les risques retenus pour les travailleuses enceintes ou allaitantes, les risques ergonomiques dominent (71 %); en particulier, la station debout prolongée (4 713 dossiers), le soulèvement ou le transport de charges (2 262 dossiers) et l'organisation du travail (1 875 dossiers). Les autres risques retenus, beaucoup moins représentés, sont les suivants : les risques chimiques (10 %, surtout des gaz et vapeurs de solvants), les risques biologiques (9 %, particulièrement des virus), les risques à la sécurité (7 %, chutes) et les risques physiques (4 %, surtout le bruit).

2.3.5 Habitudes de vie des parents

Les habitudes de vie des parents jouent un rôle crucial dans le développement de l'enfant, particulièrement au cours de la petite enfance. Par exemple, la consommation excessive d'alcool affecte la capacité des parents à répondre adéquatement aux besoins de leurs enfants; elle expose les enfants au risque d'abus et de négligence, mais aussi au risque de développer des troubles d'attention, de conduite et d'anxiété. Au Québec, l'alcool serait associé à 30 % des cas de violence à l'endroit des enfants[14].

[14] Institut de la statistique du Québec, « Santé et adaptation des parents » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) - Les nourrissons de 5 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, volume 1, n° 9, 16 décembre 2000, introduction. (Collection la santé et le bien-être)

La fumée de tabac dans l'environnement (tabagisme passif) est nocive, particulièrement chez les enfants en pleine croissance. Sa présence est associée à une plus forte incidence d'infections respiratoires, d'asthme et d'otites chez les jeunes enfants. Par ailleurs, l'usage du tabac par la mère durant la grossesse augmente le risque de problèmes de comportement chez l'enfant[15]. De même, le tabagisme est associé au faible poids à la naissance et à la prématurité[16]. On estime que les bébés nés de mères faisant usage du tabac peuvent peser jusqu'à 250 grammes de moins que les nouveau-nés de mères non fumeuses.

L'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002)* fournit des données récentes sur les habitudes de vie des parents de nourrissons[17]. On y apprend que près d'une mère sur quatre déclare fumer quotidiennement en 1998, tandis que la proportion de pères fumeurs est plus élevée (trois sur dix) (tableau 2-3). Parmi ces parents fumeurs, la proportion de ceux dont la consommation quotidienne est de plus de 20 cigarettes est deux fois plus élevée chez les pères (39 %) que chez les mères (19 %).

Tableau 2-3
Habitudes de vie des parents de nourrissons, Québec, 1998

Habitude de vie	Mère	Père
Fréquence de l'usage quotidien du tabac	24,3 %	29,7 %
Consommation moyenne d'alcool (de 2 à 3 fois / semaine	6,3 %	22,1 %
Consommation élevée d'alcool (plus de 3 fois / semaine	1,5 %	9,8 %

Source : ISQ, ELDEQ 1998-2002.

L'ELDEQ confirme la relation du tabagisme avec certaines caractéristiques sociodémographiques : la jeunesse des parents, la sous-scolarisation des parents, le type de famille (recomposée, monoparentale) et le faible revenu familial.

La consommation moyenne ou élevée d'alcool est beaucoup plus fréquente chez les pères que chez les mères de nourrissons (31,9 % contre 7,8 %) selon l'ELDEQ (tableau 2-3). De plus, la plupart des mères (85 %) n'ont jamais consommé cinq verres ou plus à une même occasion au cours d'une période de douze mois, alors qu'un père sur deux l'a fait. Ainsi, près de trois fois plus de pères que de mères auraient consommé des

---

[15] *Ibid.*

[16] Dalal BADLISSI, André GUILLEMETTE et Anne FADIN, « Prématurité et petit poids à la naissance : les effets du tabagisme actif et passif durant la grossesse », *Revue canadienne de santé publique*, 2001, p. 272-275.

[17] Institut de la statistique du Québec, « Santé et adaptation des parents » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) - Les nourrissons de 5 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, volume 1, n° 9, 16 décembre 2000, chapitre 2. (Collection la santé et le bien-être)

quantités excessives d'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête[18]. La consommation excessive d'alcool est plus fréquente chez les jeunes parents et chez les pères de famille à faible revenu.

2.3.6 Conditions favorables en période périnatale

La politique de périnatalité du Québec[19] mentionne l'importance que représentent les expériences de la maternité et de la paternité. La qualité des premières relations d'attachement dès la naissance est un facteur positif en matière de prévention. Ces liens d'attachement peuvent permettre de favoriser le développement de l'enfant et d'éviter les cas d'abus, de négligence et de violence. Ainsi, la philosophie d'intervention entourant la période périnatale doit permettre aux parents d'établir une relation privilégiée avec le nouveau-né lors de l'accouchement et de la période postnatale. L'ensemble des aménagements physiques ainsi que les pratiques professionnelles comme le concept de chambre unique où les parents cohabitent avec le nouveau-né, l'implication active du père dans le processus de la naissance, le fait de considérer la grossesse comme un acte normal et naturel en évitant le plus possible les interventions sont tout autant d'éléments qui assurent aux parents de vivre intensément ce moment unique.

Programme de congé précoce en périnatalité

Le *Programme de congé précoce en périnatalité* s'inscrit dans le contexte du virage ambulatoire et du retour accéléré à domicile de la mère et du nouveau-né. En Estrie, la mise en place du congé précoce a été réalisée en 1996. Le programme comprend des mécanismes de collaboration et de communication entre les différents partenaires (principalement les infirmières des CLSC et des centres hospitaliers, les médecins et les sages-femmes ainsi que les organismes communautaires tels Naissance Renaissance, la Ligue La Lèche et autres) afin de suivre toutes les mères et nouveau-nés de la région à la suite d'un congé précoce après l'accouchement. La fiche informatique de continuité concernant les soins à donner aux familles constitue un des outils permettant de spécifier les besoins de la famille.

Afin de vérifier les besoins et les inquiétudes de la famille, de bien amorcer l'allaitement ainsi que l'attachement mère-enfant et de s'assurer que la mère et le bébé sont en bonne santé, un suivi auprès de la famille est prévu dans le cadre de ce programme. Tous les parents sont contactés par une infirmière par le biais d'une relance téléphonique dans les 24 heures suivant le congé de l'hôpital. Une visite est effectuée au besoin, notamment s'il y a présence d'un problème de santé, lorsqu'il y a des difficultés reliées à l'allaitement.

---

[18] Institut de la statistique du Québec, « Santé et adaptation des parents » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) - Les nourrissons de 5 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, volume 1, n° 9, 16 décembre 2000, chapitre 2. (Collection la santé et le bien-être)

[19] Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Politique de périnatalité, 1993, 101 p.

2.4 Handicaps physiques et intellectuels

Selon l'Organisation mondiale de la santé, le handicap et la déficience sont des notions à distinguer. On dira que le handicap est une conséquence socialement concrétisée de la déficience. Quelle que soit la nature de la déficience – visuelle, auditive, motrice ou mentale – elle entraîne une incapacité ou une difficulté pour la personne déficiente à jouer pleinement son rôle social. Alors que la déficience est le plus souvent irréversible, l'effet de handicap peut être amoindri ou même éliminé par diverses mesures de réadaptation et par des moyens techniques de compensation de la déficience.

2.4.1 Les déficiences au Québec et en Estrie

Les données dont nous disposons sur le nombre d'enfants handicapés proviennent de la Régie des rentes du Québec et concernent les enfants qui reçoivent une allocation pour enfant handicapé. C'est dire que ces données ne reflètent pas la totalité des situations de déficience chez les enfants de 0 à 5 ans. La Régie des rentes doit se baser sur des critères précis pour définir le statut d'enfant handicapé. Ces critères sont résumés dans le dernier portrait de santé de l'Institut national de santé publique du Québec (2001)[20] : « Un enfant est considéré handicapé s'il est atteint d'une déficience visuelle, auditive, motrice ou mentale, ou d'une maladie chronique permanente. De plus, son état doit nécessiter la mise en place de mesures spécialisées en matière de réadaptation, de rééducation, de scolarisation ou de traitement. »

Selon les derniers décomptes disponibles pour les MRC de l'Estrie (tableau 2-4), c'est, comme on peut s'y attendre, la MRC de La Région-Sherbrookoise qui regroupe le plus grand nombre d'enfants de 0 à 5 ans recevant une allocation pour enfant handicapé (89), suivie des MRC de Memphrémagog (25) et du Val-Saint-François (25). Le moins grand nombre est enregistré dans la MRC d'Asbestos (8).

[20] Institut national de santé publique du Québec, *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*, Québec, Les Publications du Québec, 2001, p. 322.

Tableau 2-4
Répartition des enfants handicapés de 0 à 5 ans de l'Estrie, selon le sexe et la MRC (moyenne annuelle 2000-2002)

Territoire	Fille	Garçon	Total
Granit	5	9	14
Asbestos	3	5	8
Haut Saint-François	4	11	15
Val Saint-François	8	17	25
Région-Sherbrookoise	31	56	87
Coaticook	5	7	12
Memphrémagog	9	16	25
Estrie	**65**	**121**	**186**
Québec	**1 879**	**2 880**	**4 759**

Source : RRQ, Service des statistiques et des sondages.

Les données de la Régie des rentes permettent de répartir les enfants handicapés de 0 à 5 ans de la région selon la nature de la déficience et le sexe (le dénombrement est trop faible pour faire cette répartition par MRC) (tableau 2-5). On note que les maladies chroniques (39,8 %) et les maladies mentales (31,2 %) constituent la grande majorité des déficiences (71 % au total). Viennent ensuite la déficience motrice (20,4 %), la déficience visuelle (4,8 %) et la déficience auditive (3,8 %). On remarque aussi, et même en ce qui concerne les maladies chroniques, que les garçons sont victimes de déficience en nombre presque deux fois plus important que les filles, sauf pour ce qui est de la déficience auditive. Dans l'ensemble du Québec (tableau 2-6), le nombre de garçons handicapés de 0 à 5 ans dépasse sensiblement le nombre de filles, bien que dans des proportions moindres qu'en Estrie.

Tableau 2-5
Répartition des enfants handicapés de 0 à 5 ans de l'Estrie, selon la nature de la déficience et le sexe (moyenne annuelle 2000-2002)

Nature de la déficience	Fille	Garçon	Total	
	Nombre	Nombre	Nombre	%
Motrice	13	25	38	20,4
Auditive	4	3	7	3,8
Visuelle	3	6	9	4,8
Mentale	17	41	58	31,2
Chronique	28	46	74	39,8
Total	**65**	**121**	**186**	**100,0**

Source : : RRQ, Service des statistiques et des sondages.

Tableau 2-6
Répartition des enfants handicapés de 0 à 5 ans du Québec, selon la nature de la déficience et le sexe (moyenne annuelle 2000-2002)

Nature de la déficience	Fille	Garçon	Total	
	Nombre	Nombre	Nombre	%
Motrice	377	442	819	17,2
Auditive	117	122	239	5,0
Visuelle	66	83	149	3,1
Mentale	430	1 127	1 557	32,7
Chronique	889	1 106	1 995	41,9
Total	**1 879**	**2 880**	**4 759**	**100,0**

Source : RRQ, Service des statistiques et des sondages.

Pour comparer la prévalence de la déficience chez les enfants de 0 à 5 ans dans la région de l'Estrie et dans l'ensemble du Québec, on peut établir un rapport entre le nombre d'enfants recevant une allocation pour enfant handicapé et la population totale du même âge (tableau 2-7). Le taux ainsi obtenu ne varie généralement que d'un ou deux dixièmes entre l'Estrie et le Québec (à la baisse ou à la hausse), sauf dans le cas de la déficience motrice, où le taux estrien dépasse de quatre dixièmes celui du Québec (2,1 contre 1,7). Aucun de ces écarts n'est statistiquement significatif.

Tableau 2-7
Taux annuel moyen d'enfants handicapés, âgés de 0 à 5 ans, selon la nature de la déficience, Estrie et Québec, 2000-2002 (taux par 1 000 enfants de 0 à 5 ans)

Nature de la déficience	Taux	
	Estrie	Québec
Motrice	2,1	1,7
Auditive	0,4	0,5
Visuelle	0,5	0,3
Mentale	3,2	3,3
Chronique	4,0	4,2
Total	**10,1**	**10,1**

Sources : RRQ, Service des statistiques et des sondages.
MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, projections de population basées sur le recensement de 1996, version juin 2000.

Le *Plan d'action régional en déficience physique*

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie a adopté un *Plan d'action régional en déficience physique* qui prévoit, pour la période 2003-2006, un ensemble d'actions et de mesures visant à contrer différentes situations de handicap dans la région. Bien que ce plan vise tous les groupes d'âge, une bonne part des constats de base et des objectifs poursuivis touche les très jeunes enfants. Le plan d'action se concentre sur la déficience physique, en particulier la déficience auditive, la déficience du langage et de la parole, la déficience visuelle et la déficience motrice.

Considérant l'ensemble des enfants handicapés, la stratégie d'action vise à améliorer l'accès aux services spécialisés en déficience physique et au soutien à domicile pour les personnes ayant la charge d'un enfant handicapé. Pour atteindre ces objectifs on envisage notamment une meilleure coordination des intervenants et des ressources, une meilleure continuité du suivi des cas de déficience et le développement du partenariat avec les organismes communautaires. De plus, on vise à augmenter l'offre de services spécialisés en Estrie, entre autres en orthophonie et en ergothérapie. Considérant en particulier les enfants de 0 à 5 ans, le diagnostic précoce est une préoccupation majeure du plan d'action, surtout concernant la déficience auditive et la déficience du langage et de la parole. Outre la planification régionale d'ensemble, plusieurs programmes spécifiques contribuent à l'atteinte des objectifs du plan d'action.

RRSSS de l'Estrie, Service des programmes, *Plan d'action régional en déficience physique. 2003-2006*, Sherbrooke, juin 2003, 24 p.

Programme sur les déficiences sensorielles et motrices et les aides compensatoires

Il s'agit d'un programme d'adaptation/réadaptation et d'intégration sociale développé par le Centre de réadaptation Estrie avec la collaboration de nombreux organismes et institutions de la région.

Le volet auditif du programme a pour objectif d'optimiser ou de compenser les capacités auditives pour faciliter la communication ou pour rehausser la sécurité du milieu de vie de la personne malentendante. La nature de l'intervention consiste en premier lieu en une évaluation de la déficience auditive, de la parole, du langage et des problèmes qui en découlent. Les activités proposées aux participants visent le développement de la communication, des habiletés auditives, de la lecture labiale et des stratégies de communication. Le programme permet la recommandation et l'entraînement à l'utilisation d'aides auditives et d'aides de suppléance à l'audition.

Le volet visuel du programme consiste à évaluer la déficience visuelle, puis à proposer une intervention et un suivi touchant des aspects tels la capacité visuelle, avec ou sans aide, l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, l'orientation et la mobilité ainsi que la communication. Le programme favorise également l'attribution d'aides mécaniques, optiques, électroniques et informatiques pour la lecture, l'écriture et les déplacements.

Le volet motricité s'adresse, entre autres, aux enfants ayant une déficience motrice à la suite d'une blessure ou d'autres causes. Le Centre de réadaptation Estrie offre dans ce cadre des services externes de réadaptation et des services d'intégration sociale dans les milieux de vie. De plus, il vise à doter la personne déficiente d'aides techniques motrices pour maintenir ou optimiser son autonomie.

2.4.2 Le langage et la communication

Les chercheurs et les intervenants s'entendent généralement pour dire qu'environ 15 % des enfants présentent, à des degrés divers, des problèmes de langage et de communication. Parmi ces enfants qui éprouvent des difficultés, on pense qu'environ le tiers vivent une grave situation de handicap qui peut perturber leur apprentissage et leur comportement, les vouant dans certains cas à la marginalisation.

En Estrie, le nombre d'enfants âgés de 0 à 4 ans est évalué à 14 830[21]. Sur ce nombre, on peut estimer à partir du taux de prévalence reconnu (15 % des enfants) qu'un peu plus de 2 600 enfants pourraient présenter des problèmes de langage et de communication. Si ce chiffre ne peut être considéré comme un reflet précis de la situation en Estrie, il donne néanmoins une idée de son ampleur.

Programme Hanen en milieu communautaire

Offert en Estrie depuis 1989, ce programme a pour objet d'identifier les enfants d'un âge moyen de 36 mois présentant des difficultés de langage et d'aider les parents à intervenir pour que leur enfant surmonte ses difficultés. Une particularité du programme est de stimuler le développement du langage de l'enfant en lui permettant de miser sur ses propres habiletés.

Avant d'amorcer le programme, l'équipe du CLSC collabore à l'identification des enfants et une intervention orchestrée par une orthophoniste permet de déceler les problèmes de langage et la sévérité du retard. Par la suite, une série de rencontres est prévue au CLSC et à domicile avec l'orthophoniste pour des échanges d'idées, de conseils et d'informations. On propose alors à la famille des activités avec support vidéo permettant d'évaluer la progression langagière de l'enfant, de même que des exercices à faire à domicile entre les rencontres pour améliorer la communication avec leur enfant.

En 2002*, le programme avait rejoint plus de 500 enfants par l'entremise de 83 groupes de parents depuis 1989. Le retard de langage des enfants participants est habituellement évalué comme un retard moyennement sévère, avec des difficultés plus prononcées du point de vue du processus expressif. Grâce à la participation des parents, l'évolution des habiletés langagières des enfants est manifeste et la moitié des enfants n'ont généralement plus besoin de suivi en orthophonie par la suite.

Le programme Hanen a par ailleurs sa version pour les centres de la petite enfance, soit « Apprendre à parler avec plaisir ». Dans ce cas, il s'agit de former les éducatrices des services de garde à stimuler le développement du langage chez les enfants. Cette version a déjà été expérimentée dans quelques garderies de l'Estrie.

*Sandra Brassard et autres, *Évaluation du programme Hanen en milieu communautaire 2001-2002*, Sherbrooke, RRSSS de l'Estrie, DSPE, juillet 2003, 29 p.

[21] Statistique Canada, données de recensement, 2001.

2.4.3 Les problèmes reliés au développement

Le retard de développement est défini comme un délai à accéder à un stade de développement social, langagier, psychomoteur ou intellectuel normalement atteint par les enfants d'un âge ou d'une culture donnée[22]. On a observé que cet état de retard est complètement ou partiellement réversible. L'ampleur de cette problématique commence à être documentée au Québec par l'intermédiaire de l'ELDEQ 1998-2002 et de quelques études sur le développement du langage ou sur les jeunes en milieu scolaire, mais il existe peu de données régionales sur le sujet.

De façon générale, environ 15 % des enfants d'âge préscolaire présentent un retard de développement. Sur le plan cognitif, les résultats de l'ELDEQ montrent que 20 % des enfants de 29 mois présentent un retard. La proportion d'enfants affectés est évidemment plus élevée dans des groupes considérés à risque, par exemple les enfants pris en charge par les centres jeunesse (environ 50 %) ou suivis dans le cadre des programmes préventifs (entre 15 et 20 %). En ce qui concerne les habiletés personnelles et sociales des enfants, l'ELDEQ fait état de différents problèmes rapportés par les parents d'enfants de 2 ans et demi : gestes fréquents d'agressivité (17 %), problèmes d'inattention (de 12 à 17 %), anxiété (de 10 à 25 %).

Programme Naître Égaux – Grandir en Santé (NÉ-GS)

Ce programme est une composante du *Programme intégré d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité.* S'adressant plus particulièrement aux familles d'enfants de moins de deux ans vivant en situation d'extrême pauvreté, on vise ici à maximiser le potentiel de santé et de bien-être des parents, des bébés à naître et des enfants d'âge préscolaire. De façon intensive et continue, NÉ-GS propose des interventions individualisées, de groupes ou communautaires afin de stimuler le développement des enfants, renforcer les compétences parentales, améliorer les réseaux sociaux et de soutien ainsi que les conditions de vie des familles.

Par ailleurs, les troubles envahissants du développement constituent une catégorie spécifique de problèmes reliés au développement. Ces derniers sont caractérisés par « des déficits sévères et une altération envahissante de plusieurs secteurs du développement de l'enfant dont les capacités d'interactions sociales réciproques, les capacités de communication ou par la présence de comportements, d'intérêts et d'activités stéréotypés »[23]. Les services destinés aux enfants atteints de ces troubles, tant au Québec qu'en Estrie, concernent l'un ou l'autre des cinq troubles envahissants du

[22] Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique et de l'évaluation, *Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007, Cahier 1 – Périnatalité et petite enfance*, 2003, 102 p.

développement suivants : le trouble autistique, le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger et les autres troubles envahissants du développement non identifiés.

Le taux de prévalence retenu pour estimer le nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement, tant au Québec qu'en Estrie, est de 27,5 cas par 10 000 personnes. L'application de ce taux aux données démographiques sur la population de l'Estrie permet d'estimer à une quarantaine le nombre d'enfants de 0 à 4 ans pouvant présenter un trouble envahissant du développement dans la région.

2.5 HOSPITALISATION DES TOUT-PETITS

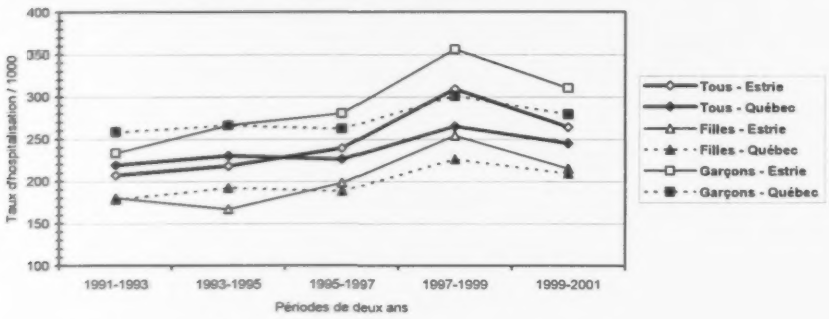
Les données issues du système Med-Écho sur les hospitalisations des enfants nous informent sur une partie des besoins en services médicaux. Ces données portent sur les épisodes de soins ayant nécessité un séjour à l'hôpital, excluant donc les séjours à la salle d'urgence et les consultations en clinique externe. Les hospitalisations des très jeunes enfants (moins d'un an) et celles des enfants de 1 à 4 ans sont présentées séparément.

2.5.1 Les enfants de moins d'un an

Les taux estrien et québécois d'hospitalisation des enfants de moins d'un an, pour l'ensemble des causes, sont quasi identiques de 1991-1993 à 1995-1997, de l'ordre de 220 événements par 1 000 enfants pour une année. Les taux pour les garçons et les filles suivent la même tendance, mais les taux des garçons sont nettement plus élevés (près de 260 événements par 1 000 enfants) que ceux des filles (environ 180 événements par 1 000 enfants) (figure 2-13).

[23] Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Service des programmes, *Modèle d'organisation des services pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement*, Sherbrooke, octobre 2003, 115 p.

Figure 2-13
Taux bruts d'hospitalisation pour l'ensemble des causes, enfants de moins d'un an, Estrie et Québec, filles et garçons, 1991-1993 à 1999-2001

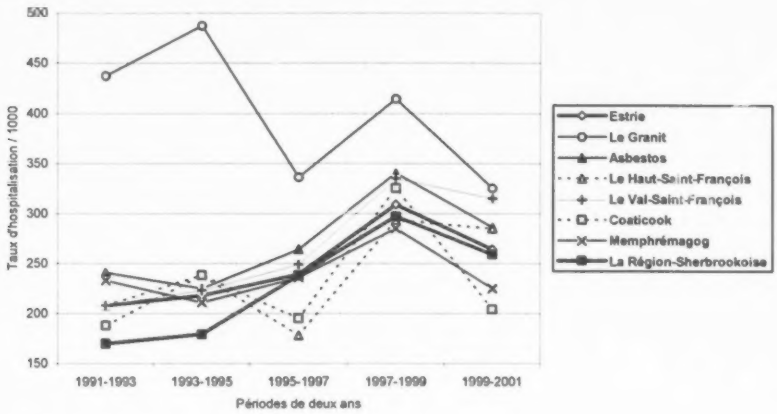


Source : MSSS, Fichier Med-Écho, 1991-1992 à 2000-2001.

La période 1997-1999 se caractérise par une augmentation des taux plus marquée en Estrie (309 par 1 000 enfants) qu'au Québec (265 par 1 000 enfants) (figure 2-13). Le phénomène touche autant les garçons que les filles de moins d'un an. Pour la période 1999-2001, les taux redescendent et se stabilisent aux niveaux des taux de 1995-1997, soit 264 par 1 000 enfants pour l'Estrie et 245 par 1 000 enfants pour l'ensemble du Québec.

L'examen intrarégional des taux permet de déceler des écarts importants entre les MRC. La MRC du Granit se démarque par un taux beaucoup plus élevé que ceux des autres MRC de l'Estrie, le taux pour la MRC du Granit fluctuant de 487 à 325 par 1 000 enfants au cours de la période 1991-1993 à 1999-2001 (figure 2-14). L'évolution temporelle du taux dans les autres MRC suit une tendance générale semblable, mais on peut noter certaines irrégularités. En particulier, en 1995-1997, les taux observés dans les MRC du Haut-Saint-François et de Coaticook sont très bas (moins de 200 par 1 000 enfants), situation vraisemblablement liée aux petits nombres d'hospitalisation pour ces territoires. Toutefois, la hausse du taux de 1995-1997 à 1997-1999 concerne toutes les MRC de l'Estrie. Au cours de la période 1999-2001, tous les taux diminuent mais l'écart entre les MRC reste important, allant de 204 par 1 000 enfants pour la MRC de Coaticook à 325 par 1 000 enfants pour la MRC du Granit. Les écarts entre les taux des garçons et ceux des filles sont variables, mais dans l'ensemble ceux des garçons sont nettement plus élevés que ceux des filles, et ce, pour toutes les MRC.

Figure 2-14
Taux bruts d'hospitalisation pour l'ensemble des causes, enfants de moins d'un an, MRC et Estrie, sexes réunis, 1991-1993 à 1999-2001



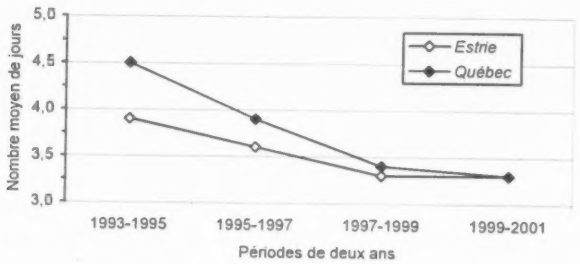
Source : MSSS, Fichier Med-Écho, 1991-1992 à 2000-2001.

Le nombre d'hospitalisations pour les moins d'un an atteint 2 434 en Estrie, pour la période 1998-1999 à 2000-2001 (trois ans), soit 811 événements par année en moyenne, toutes causes confondues. Au Québec, le nombre annuel moyen atteint 18 715 pour la même période. Donc, 4,3 % des hospitalisations des moins d'un an concernent des résidants de l'Estrie.

Pour la période triennale la plus récente (1998-1999 à 2000-2001), ce sont 431 enfants de moins d'un an qui sont hospitalisés en moyenne chaque année. Or, on rapporte environ 3 000 naissances par an en Estrie. Ainsi, environ un enfant sur sept est hospitalisé au cours de sa première année de vie et, en moyenne, on compte 1,83 hospitalisations par enfant (787 événements pour 431 enfants). Ce rapport événements/enfants est très semblable d'une MRC à l'autre, variant de 1,78 à 1,98.

La durée moyenne d'hospitalisation est aussi un aspect à considérer. La diminution du séjour moyen s'observe tant au Québec qu'en Estrie (figure 2-15). Toutefois, le changement est plus prononcé au Québec qu'en Estrie. En 1999-2001, la durée moyenne était de 3,3 jours, valeur identique pour l'Estrie et le Québec, alors qu'en 1993-1995, la valeur québécoise (4,5 jours) dépassait la valeur estrienne (3,9 jours).

Figure 2-15
Durée moyenne d'hospitalisation des enfants de moins d'un an, Estrie et Québec, 1993-1995 à 1999-2001



Source : MSSS, APR-DRG, de 1993-1994 à 2000-2001; séjours de courte durée, cas atypiques exclus.

Les causes d'hospitalisation sont multiples; neuf causes ou groupes de causes couvrent la quasi-totalité des événements. Les deux causes majeures sont les maladies de l'appareil respiratoire (particulièrement des bronchites aiguës) et certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (tableau 2-8). En Estrie, respectivement 28 % et 22 % des enfants de moins d'un an sont hospitalisés pour ces deux causes. Au Québec, les deux mêmes causes concernent 34 % et 16 % des hospitalisations. Le Québec et l'Estrie diffèrent de façon importante pour une troisième cause, soit les maladies de l'appareil digestif (9 % au Québec et 5 % en Estrie). On n'observe pas de différences notables entre l'Estrie et l'ensemble du Québec pour les autres causes énumérées au tableau 2-8.

Tableau 2-8
Principales causes d'hospitalisation des enfants de moins d'un an, Estrie et Québec, 1997-1998 à 2000-2001

CAUSE D'HOSPITALISATION	ESTRIE						QUÉBEC	
	TOUS		FÉMININ		MASCULIN		TOUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maladies de l'appareil respiratoire	948	28,2	354	26,5	594	29,2	26 297	34,4
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	752	22,3	320	24,0	432	21,3	12 144	15,9
Maladies infectieuses et parasitaires	320	9,5	137	10,3	183	9,0	4 800	6,3
Symptômes, signes et états mal définis	301	8,9	134	10,0	167	8,2	7 623	10,0
Maladies des organes génito-urinaires	288	8,6	103	7,7	185	9,1	5 163	6,7
Anomalies congénitales	225	6,7	78	5,8	147	7,2	5 597	7,3
Maladies de l'appareil digestif	179	5,3	66	4,9	113	5,6	7 204	9,4
Maladies du système nerveux et des organes des sens	172	5,1	68	5,1	104	5,1	2 749	3,6
Lésions traumatiques et empoisonnements	83	2,5	35	2,6	48	2,4	1 929	2,5
Autres causes pathologiques	97	2,9	39	2,9	58	2,9	3 033	4,0
ENSEMBLE DES CAUSES	**3 365**	**100,0**	**1 334**	**100,0**	**2 031**	**100,0**	**76 539**	**100,0**

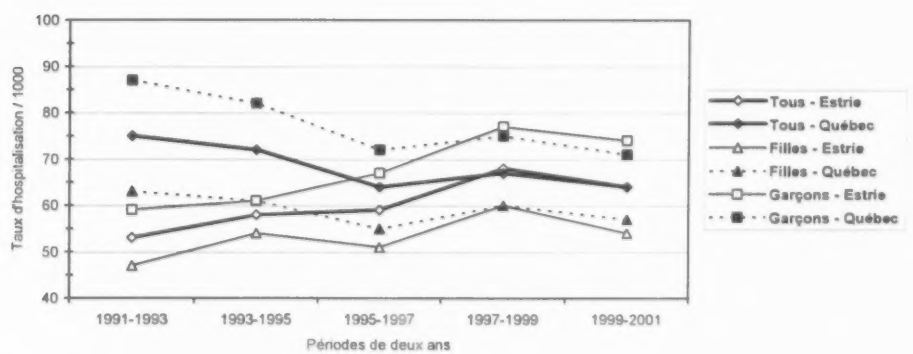
Source : MSSS, Fichier Med-Écho, 1997-1998 à 2000-2001.

Il est impossible de déterminer si les différences rapportées entre l'Estrie et le Québec reflètent bien la réalité. En effet, au moins le quart des événements sont classés en tant que « certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » et « symptômes, signes et états mal définis ». La marge d'imprécision permise par la classification commande donc de considérer avec prudence les apparentes différences entre la région et l'ensemble du Québec.

2.5.2 Les enfants de 1 à 4 ans

Les taux d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans, pour l'ensemble des causes, sont quasi identiques en Estrie et au Québec en 1999-2001, soit 64 événements par 1 000 pour les sexes réunis (55 pour les filles et environ 72 pour les garçons) (figure 2-16). Pourtant, au cours de la période 1991-1993, les différences Estrie – Québec sont considérables, le taux québécois (75 par 1 000) étant supérieur de 29 % au taux estrien (53 par 1 000); le même phénomène est visible chez les filles et les garçons. Entre ces deux périodes (1991-1993 et 1999-2001), on observe une diminution des taux québécois et une augmentation des taux estriens. Ces tendances sont très différentes de celles rapportées pour les moins d'un an (sous-section précédente). Cependant, les taux des garçons sont supérieurs à ceux des filles dans les deux groupes d'âge, tant chez les enfants de moins d'un an que chez ceux de 1 à 4 ans.

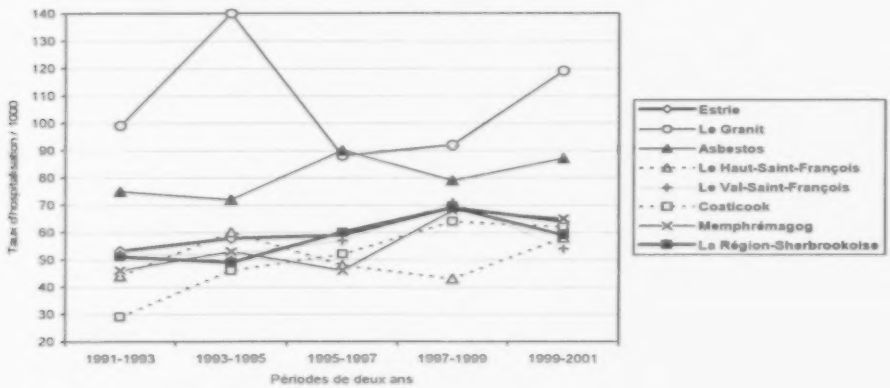
Figure 2-16
Taux bruts d'hospitalisation pour l'ensemble des causes, enfants de 1 à 4 ans, Estrie et Québec, filles et garçons, 1991-1993 à 1999-2001



Source : MSSS,Fichier Med-Écho, 1991-1992 à 2000-2001.

On observe des écarts importants entre les taux d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans dans les MRC de l'Estrie. Pour la période 1999-2001, deux MRC se caractérisent par des taux très supérieurs à la moyenne estrienne : Le Granit (taux de 119 et plus par 1 000 enfants de 1 à 4 ans) et Asbestos (taux de près de 87) (figure 2-17). Dans l'ensemble, de 1991-1993 à 1999-2001, les taux des garçons sont plus élevés que ceux des filles dans chacune des MRC.

Figure 2-17
Taux bruts d'hospitalisation pour l'ensemble des causes, enfants de 1 à 4 ans, MRC et Estrie, sexes réunis, 1991-1993 à 1999-2001



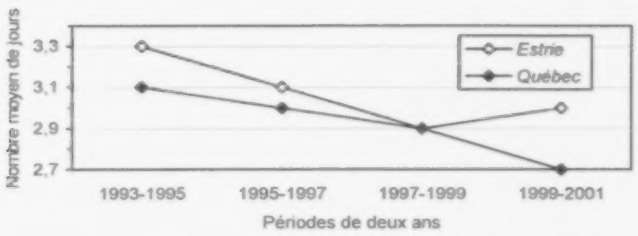
Source : MSSS, Fichier Med-Écho, 1991-1992 à 2000-2001.

On compte 844 hospitalisations en moyenne par année en Estrie pour les enfants de 1 à 4 ans (période 1998-2001). Au Québec, le nombre moyen d'hospitalisation par année atteint 21 682 pour la même période. Ainsi, 3,9 % des événements concernent des résidants de l'Estrie chez les jeunes enfants, cette valeur étant inférieure à celle des moins d'un an (4,3 %).

Parmi les 13 000 enfants de 1 à 4 ans en Estrie, 660 enfants sont hospitalisés chaque année, soit un enfant sur vingt, par comparaison a un enfant sur sept pour les moins d'un an. Le nombre d'événements d'hospitalisation par enfant de 1 à 4 ans est donc de 1,29 en Estrie, alors qu'il se situe à 1,83 chez les moins d'un an. Les variations entre les MRC sont relativement peu importantes (de 1,21 à 1,42).

La durée moyenne d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans diminue au Québec, mais s'est stabilisée en Estrie au cours de la dernière période. De 1999 à 2001, le séjour moyen est de 3,0 jours pour l'Estrie et de 2,7 pour le Québec (une durée légèrement plus courte que chez les moins d'un an, où le séjour moyen avoisine les 3,3 jours pour l'Estrie), alors qu'il atteignait 3,1 jours pour le Québec et 3,3 jours pour l'Estrie en 1993-1995 (figure 2-18).

Figure 2-18
Durée moyenne d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans, Estrie et Québec, 1993-1995 à 1999-2001



Source : MSSS, APR-DRG, 1993-1994 à 2000-2001; séjours de courte durée, cas atypiques exclus.

Les causes d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans sont nombreuses et l'ordre d'importance diffère de celui des enfants de moins d'un an (tableaux 2-8 et 2-9). Cependant, l'une d'entre-elles domine (37 à 39 % des cas) : les maladies de l'appareil respiratoire, surtout les pneumonies et grippes, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'asthme (tableau 2-9). L'asthme sera abordé plus en détail à la section suivante.

Tableau 2-9
Principales causes d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans, Estrie et Québec, 1997-1998 à 2000-2001

CAUSE D'HOSPITALISATION	ESTRIE						QUÉBEC	
	TOUS		FÉMININ		MASCULIN		TOUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maladies de l'appareil respiratoire	1 291	37,4	474	32,9	817	40,7	34 971	39,4
Maladies infectieuses et parasitaires	491	14,2	234	16,2	257	12,8	8 363	9,4
Maladies du système nerveux et des organes des sens	278	8,1	132	9,2	146	7,3	5 230	5,9
Symptômes, signes et états mal définis	271	7,9	111	7,7	160	8,0	8 374	9,4
Lésions traumatiques et empoisonnements	268	7,8	103	7,1	165	8,2	6 932	7,8
Maladies de l'appareil digestif	225	6,5	75	5,2	150	7,5	9 619	10,8
Maladies des organes génito-urinaires	209	6,1	150	10,4	59	2,9	3 908	4,4
Anomalies congénitales	84	2,4	31	2,2	53	2,6	2 669	3,0
Maladies du sang	77	2,2	31	2,2	46	2,3	1 992	2,2
Autres causes pathologiques	254	7,4	100	6,9	154	7,7	6 651	7,5
ENSEMBLE DES CAUSES	**3 448**	**100,0**	**1 441**	**100,0**	**2 007**	**100,0**	**88 709**	**100,0**

Source : MSSS, Fichier Med-Écho, 1997-1998 à 2000-2001.

Des différences notables sont observées entre l'Estrie et le Québec concernant trois causes d'hospitalisation. Les maladies infectieuses et parasitaires apparaissent plus importantes en Estrie (14 %) qu'au Québec (9 %); il en est de même des maladies du système nerveux et des organes des sens (8 % contre 6 %). À l'opposé, les maladies de l'appareil digestif sont une cause relativement moins fréquente en Estrie (7 %) qu'au Québec (11 %) (tableau 2-9).

En Estrie, contrairement au groupe des enfants de moins d'un an, où aucune différence entre les sexes n'est notée, les causes d'hospitalisation des filles et des garçons de 1 à 4 ans présentent des différences majeures. Les écarts les plus marqués concernent les maladies respiratoires, relativement plus fréquentes chez les garçons (41 %) que chez les filles (33 %), et les maladies des organes génito-urinaires, au troisième rang des causes chez les filles (10 %) mais au sixième rang seulement chez les garçons (4 %) (tableau 2-9). De plus, les maladies infectieuses et parasitaires semblent une cause d'hospitalisation plus importante pour les filles (16 %) que pour les garçons (13 %).

2.6 L'ASTHME, UNE MALADIE CHRONIQUE EN PROGRESSION

L'asthme s'avère une des affections chroniques les plus fréquentes de l'enfance et on a observé au Québec, comme dans la plupart des pays occidentaux, une augmentation de la prévalence de l'asthme infantile au cours des dernières décennies[24].

En plus d'être une cause de mortalité possible, l'asthme altère la qualité de vie de l'enfant et de sa famille, engendre de l'absentéisme à l'école et le traitement génère des hospitalisations, des consultations médicales et la consommation de nombreux médicaments.

Les données de l'ELDEQ[25] recueillies en 2002 montrent que 11,5 % des enfants âgés de 44 à 56 mois ont déjà fait l'objet d'un diagnostic d'asthme. Par ailleurs, les données de 1999 à 2002 indiquent qu'environ de 6 à 7 % des enfants auraient eu au moins une crise d'asthme au cours de la dernière année précédant le moment de la collecte des données (à l'âge de 17 mois, de 29 mois et de 41 mois). En ce qui concerne la fréquence des crises, elle serait plutôt basse chez la majorité des enfants atteints; ainsi, chez les enfants de 41 mois ayant souffert d'asthme au cours des 12 derniers mois, 46,5 % auraient eu une crise, 23,9 % deux crises, 13 % trois crises et 16,6 % quatre crises et plus.

---

[24] Infante Rivard, C. Esnaola, R. Roberge, D., Baumgarten, M. (1987), The changing frequency of childhood asthma, Journal of Asthma 24: 283-288.

[25] Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)

Facteurs de risque connus

Plusieurs facteurs individuels et environnementaux agissant en interaction semblent responsables du développement ou de l'aggravation de l'asthme. Parmi ces facteurs, on retrouve, en plus des facteurs génétiques, les infections virales des voies respiratoires, les contaminants de l'air intérieur tels les aéroallergènes, acariens, animaux domestiques et moisissures, de même que les irritants comme la fumée secondaire de tabac. Les polluants de l'air extérieur constituent aussi un facteur déclenchant.

Il est donc possible de réduire les manifestations de l'asthme chez les tout-petits par des mesures spécifiques d'assainissement de l'environnement à la maison (élimination des tapis, recouvrement des matelas avec une housse imperméable, éviction des animaux et réduction significative de la fumée secondaire de tabac). De plus, selon les écrits scientifiques, une part appréciable des conséquences de cette maladie chronique serait évitable par un traitement médical et des soins ambulatoires appropriés ainsi que par la mise sur pied de programmes d'enseignement visant à augmenter les capacités individuelles d'autogestion de l'asthme[26].

Les données présentées dans cette section sont en grande partie reprises d'une étude épidémiologique de type écologique, publiée en 2000, sur les variations spatio-temporelles de la fréquence des décès, des hospitalisations et des visites à l'urgence attribuables à l'asthme au Québec. Les données de cette étude proviennent principalement du Registre des décès du Québec, de Med-Écho et du fichier de la Régie de l'assurance-maladie du Québec[27].

Mortalité

De 1990 à 1999, on compte 46 décès attribuables à l'asthme en Estrie et le taux annuel standardisé de mortalité pour cette période est de 1,5 par 100 000 personnes. Ce taux ne diffère pas de celui de l'ensemble de la province où il y a eu 1 034 décès pour la même période (1,4 par 100 000 personnes par année).

---

[26] A. LABERGE, P. LAJOIE, G. LEBEL, M. DEMERS, P. MERCIER, MF. GAGNON, PA. LAMARCHE (2000), *Études des variations géographiques et annuelles de la fréquence de décès, d'hospitalisation et de visites à l'urgence pour cause d'asthme au Québec*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, 79 p.

[27] *Ibid.*, p. 11 à 15.

Au Québec, 1,2 % (12) des décès causés par cette maladie chronique entre 1990 et 1999 concernent les enfants de moins de 5 ans (tableau 2-10). Le taux annuel brut de mortalité est de 0,25 par 100 000 enfants et, contrairement aux autres groupes d'âge, ce taux est plus élevé chez les garçons que chez les filles.

Tableau 2-10
Nombre et taux bruts de décès causés par l'asthme selon le sexe, enfants de 0 à 4 ans, Québec, 1990-1999

Enfant de 0-4 ans	Décès 1990-1999	
	Nombre	Taux annuel par 100 000 enfants
Fillettes	4	0,17
Garçons	8	0,33
Total	**12**	**0,25**

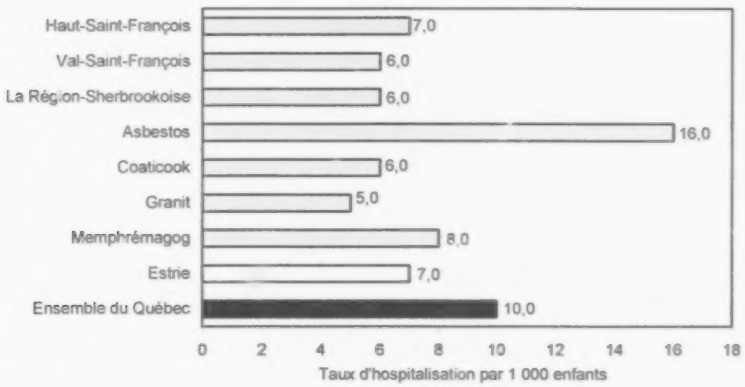
Source : MSSS, Service de l'Infocentre, données compilées par la DSPE.

Hospitalisation

Si heureusement, les décès des tout-petits liés à l'asthme sont peu nombreux, les hospitalisations sont beaucoup plus fréquentes. Au Québec, il y a eu annuellement en moyenne 8 808 hospitalisations causées par l'asthme au cours des années 2001-2002 et 2002-2003 et le taux annuel ajusté était de 130 par 100 000 personnes. De ces hospitalisations, 43 % (3 799) touchent les enfants de moins de 5 ans. Le taux brut d'hospitalisation des tout-petits est de 1 014 par 100 000 enfants, ce qui équivaut à 15 fois le taux observé chez les personnes de 5 à 44 ans (66 par 100 000) et 13 fois celui des sujets âgés (77 par 100 000). La proportion de personnes hospitalisées 2 fois et plus au cours de l'année 2001-2002 est aussi plus élevée chez les enfants de moins de 5 ans (43 %) comparativement aux autres groupes d'âge. Comme pour les décès, l'hospitalisation touche plus les garçons (1 304 par 100 000 enfants) que les filles (711 par 100 000 enfants).

En Estrie, le taux d'hospitalisation des enfants de 0 à 4 ans attribuable à l'asthme (700 par 100 000 enfants) est plus faible que celui du Québec (1 014 par 100 000). Les taux les plus élevés se voient dans les MRC d'Asbestos (16 par 1 000) et de Memphrémagog (8 par 1 000 enfants) (figure 2-19).

Figure 2-19
Taux d'hospitalisation pour cause d'asthme chez les enfants de 0 à 4 ans, MRC, Estrie et Québec, 2001-2002 à 2002-2003



Source : MSSS, Service de l'Infocentre, Med-Écho.

L'étude de la variation des taux annuels en Estrie permet de constater que le taux d'hospitalisation chez les enfants de 0 à 4 ans tend à augmenter dans les années 1990 et à se rapprocher du taux de l'ensemble du Québec.

Toutefois, le taux estrien, après avoir culminé en 1997-1998 et 1998-1999 reprend une tangente à la baisse par la suite, tandis que le taux du Québec demeure plus constant.

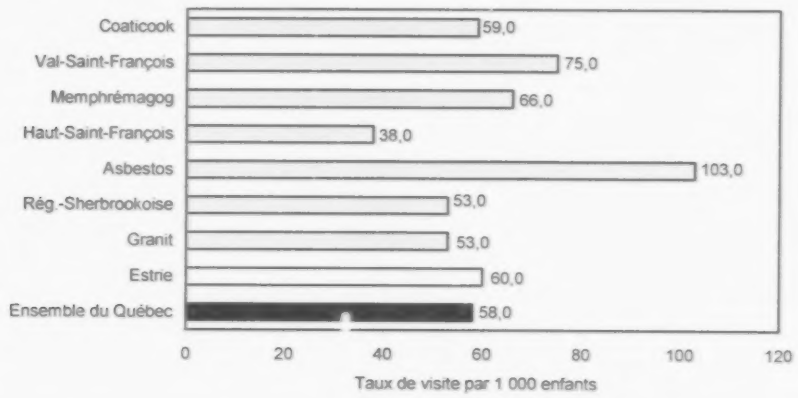
Visite à l'urgence

Au Québec, il y a eu 102 551[28] visites à l'urgence pour cause d'asthme, en 1996, et le taux annuel standardisé était de 1 409 par 100 000 personnes. De ces visites, 26 % (54 418) sont le fait d'enfants de moins de 5 ans. Le taux de visite à l'urgence pour ce groupe d'âge (58 par 1 000 enfants) est 4,5 fois plus élevé que celui observé chez les 5 à 44 ans (13 par 1 000 personnes) et 6,5 fois plus élevé que celui rapporté chez les sujets plus âgés (9 par 1 000 personnes). De plus, la proportion de personnes qui ont fait plus d'une visite à l'urgence en situation de crise d'asthme, en 1996, atteint 64,7 % chez les enfants de 0 à 4 ans. Cette proportion ayant tendance à diminuer avec l'âge.

[28] *Ibid.*, p. 19.

En Estrie, le taux de visite à l'urgence des enfants de 0 à 4 ans affectés par une crise d'asthme atteint 60 par 1 000 enfants en 2001 (figure 2-20). Comme pour les décès et les hospitalisations, le taux de visite à l'urgence chez les 0 à 4 ans est plus élevé chez les garçons (81 par 1 000 enfants) que chez les filles (38 par 1 000). Les garçons ont aussi fait plus d'une visite à l'urgence dans une plus grande proportion que les filles (61 % contre 57 %). Tout comme pour l'hospitalisation, le taux de visite à l'urgence est plus élevé dans la MRC d'Asbestos.

Figure 2-20
Taux de visite à l'urgence pour cause d'asthme chez les enfants de 0 à 4 ans, MRC et Estrie, 2001, et Québec, 1996



Sources : RRSSS de Québec, DSP, *Études des variations géographiques et annuelles de la fréquence de décès, d'hospitalisations et de visites à l'urgence pour cause d'asthme au Québec.*
RAMQ, données compilées par la DSPE, 2004.

Si le taux de visite à l'urgence chez les enfants de 0 à 4 ans a augmenté de façon importante entre 1992 et 1994, tant en l'Estrie qu'au Québec, il s'est stabilisé en Estrie depuis 1996 (tableau 2-11, figure 2-21).

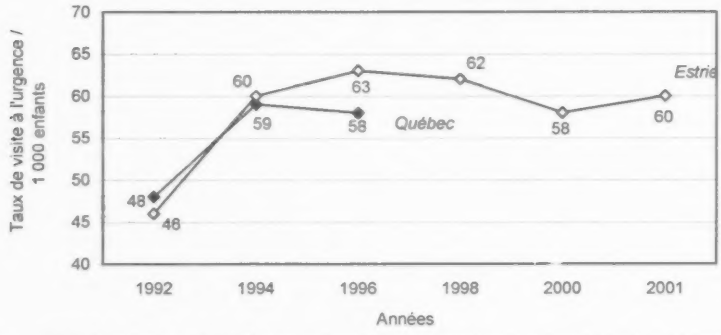
Tableau 2-11
Taux de visite à l'urgence pour cause d'asthme chez les enfants de 0 à 4 ans, Estrie et Québec, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000 et 2001

	Estrie		Québec	
Année	Nombre	Taux standardisés par 1 000 enfants	Nombre	Taux standardisés par 1 000 enfants
1992	830	46	22 426	48
1994	1 095	60	28 008	59
1996	1 106	63	26 675	58
1998	1 012	62	N/D	N/D
2000	885	58	N/D	N/D
2001	901	60	N/D	N/D

N/D = non disponible

Sources : RRSSS de Québec, DSP, *Études des variations géographiques et annuelles de la fréquence de décès, d'hospitalisations et de visites à l'urgence pour cause d'asthme au Québec*
RAMQ, données compilées par la DSPE, 2004.

Figure 2-21
Taux de visite à l'urgence pour cause d'asthme chez les enfants de 0 à 4 ans, Estrie, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000 et 2001, Québec, 1992, 1994 et 1996



Sources : RRSSS de Québec, DSP, *Études des variations géographiques et annuelles de la fréquence de décès, d'hospitalisation et de visites à l'urgence pour cause d'asthme au Québec* ».
RAMQ, données compilées par la DSPE, 2004.

2.7 MALADIES INFECTIEUSES ET VACCINATION

Les maladies infectieuses ne sont plus une cause de mortalité chez les jeunes enfants, contrairement à la situation qui prévalait avant l'arrivée des vaccins et des antibiotiques. Cependant, elles représentent encore une réalité importante dans les premières années de vie. Rappelons que les maladies infectieuses et parasitaires sont la troisième cause d'hospitalisation des enfants de moins d'un an et la deuxième cause pour les enfants de 1 à 4 ans (section 2.5).

En Estrie, la principale maladie infectieuse à déclaration obligatoire (MADO) déclarée est la coqueluche. On rapporte 36 cas par année en moyenne (1998-2000) chez les enfants de 0 à 4 ans, soit 30 % des 122 cas déclarés pour l'ensemble des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (tableau 2-12). Quatre autres maladies infectieuses contribuent à 10 % ou plus des cas : les streptocoques invasifs, la scarlatine, la campylobactériose et la giardiase.

Tableau 2-12
Cas déclarés des principales maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO), enfants de 0 à 4 ans, Estrie et Québec, 1998-2000

Maladie infectieuse	Estrie		Québec	
	moyenne annuelle 1998-2000		moyenne annuelle 1998-2000	
	N	%	N	%
Coqueluche	36	29,5	980	37,4
Streptocoques invasifs	21	17,2	238	9,1
Scarlatine	19	15,6	298	11,4
Campylobactériose	16	13,1	268	10,2
Giardase	13	10,7	220	8,4
Salmonellose	2	1,6	242	9,2
E. coli (entérite)	2	1,6	69	2,6
Autres maladies	13	10,7	302	11,5
TOTAL	**122**	**100,0**	**2 617**	**100,0**

Source : Laboratoire de santé publique du Québec (INSPQ en Estrie), Surveillance des maladies infectieuses et des intoxications chimiques à déclaration obligatoire au Québec, de 1990 à 1999; MSSS, 2001.

La coqueluche est aussi la maladie infectieuse dominante (37 %) chez les jeunes enfants du Québec en 1998-1999. On observe des écarts substantiels entre l'Estrie et le Québec dans l'importance relative de certaines autres maladies infectieuses à déclaration obligatoire telles que les infections à streptocoques invasifs ou la salmonellose (tableau 2-12). Ces différences découleraient de phénomènes localisés dans le temps et dans l'espace.

Programme régulier d'immunisation

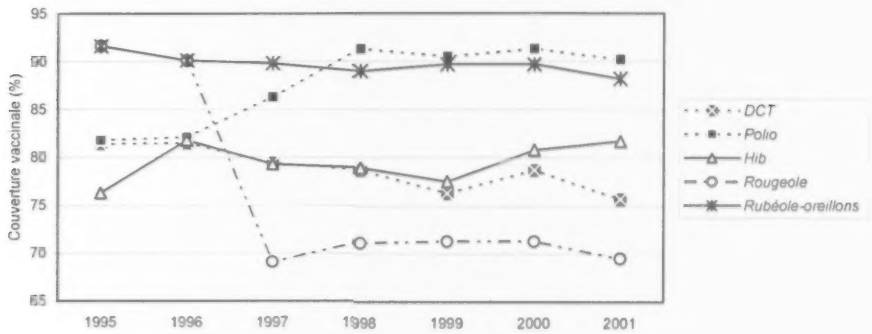
Au Québec, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, on peut se réjouir d'avoir enrayé les principales maladies infectieuses de l'enfance (la poliomyélite, les méningites et la rougeole) grâce à la mise en place de programmes d'immunisation universelle où tous les enfants sont ciblés. Évolutif depuis 1919, le programme régulier de vaccination des enfants québécois de 0 à 5 ans a pour objet de prévenir les infections infantiles associées à une mortalité et à une morbidité importantes, pour lesquelles une vaccination efficace et sécuritaire existe. L'acte vaccinal est intégré dans les examens périodiques de la croissance et du développement des enfants et les vaccins sont administrés par les infirmières et médecins des CLSC, des hôpitaux et des cliniques médicales du territoire. Le programme vise l'immunisation contre la poliomyélite, la coqueluche, la diphtérie, le tétanos, la rougeole, la rubéole, les oreillons et les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) ainsi qu'à méningocoque de sérogroupe C. Plusieurs des vaccins sont administrés de façon combinée (vaccins polyvalents).

Un vaccin Pentavalent (DCT-Polio-Hib) est administré à 2, 4, 6 et 18 mois. Un vaccin trivalent (rougeole, rubéole, oreillons) est administré à un an et à dix-huit mois. Également, à l'âge d un an, on vaccine contre les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C. Un rappel contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite est administré entre quatre et six ans. Des rappels de vaccination contre la diphtérie et le tétanos doivent être administrés aux 10 ans par la suite.

Une des priorités du gouvernement du Québec est que 95 % des enfants de deux ans aient reçu tous les vaccins du calendrier régulier. L'Estrie est la seule région du Québec où le système d'information sur la vaccination (SIV) est complètement implanté, contrairement à l'ensemble des régions du Québec où l'implantation reste encore parcellaire en 2000. Pour l'année 2001, la proportion d'enfants de deux ans ayant reçu tous les vaccins est de 70 %, globalement la même proportion depuis 1997. Cependant, le rattrapage de la couverture vaccinale des enfants en classe maternelle est plus efficace en Estrie avec une couverture de 89 % pour l'année scolaire 2000-2001. Il faut noter que, depuis 1996, si l'on fait exception de quelques cas marginaux de rubéole et d'oreillons, la seule maladie évitable par immunisation encore présente en Estrie est la coqueluche.

Dans une perspective d'élimination (ou de réduction substantielle de la prévalence) des maladies infectieuses, on mesure le taux de couverture vaccinale pour les diverses infections concernées par le programme régulier de vaccination. Ce taux de couverture vaccinale correspond au rapport du nombre d'enfants d'un certain âge adéquatement vaccinés à une date donnée et de la population d'enfants de cet âge. Les acquis du Québec et de l'Estrie en matière de lutte aux maladies évitables par la vaccination doivent être préservés. Ils le seront dans la mesure où seront maintenus des taux adéquats de vaccination contre les maladies infectieuses de la petite enfance. En Estrie, ce taux est calculé à 2 ans et à l'entrée à la maternelle (vers 5 ans). Dans l'ensemble, la couverture vaccinale des enfants de 2 ans est assez élevée (figure 2-22). Cependant, nous ne disposons pas de données comparables pour les autres régions du Québec.

Figure 2-22
Évolution du taux de couverture vaccinale des enfants de 2 ans, Estrie, 1995-2001



Note : Critères du calcul de la couverture vaccinale à 2 ans en 2001 : quatre doses de vaccin contre la DCT (diphtérie-coqueluche-tétanos), trois doses de vaccin contre la poliomyélite, une dose de vaccin contre le Hib (*Haemophilus influenzae* de type b) à partir de l'âge de 15 mois, deux doses de vaccin contre la rougeole et une dose de vaccin contre la rubéole et les oreillons.

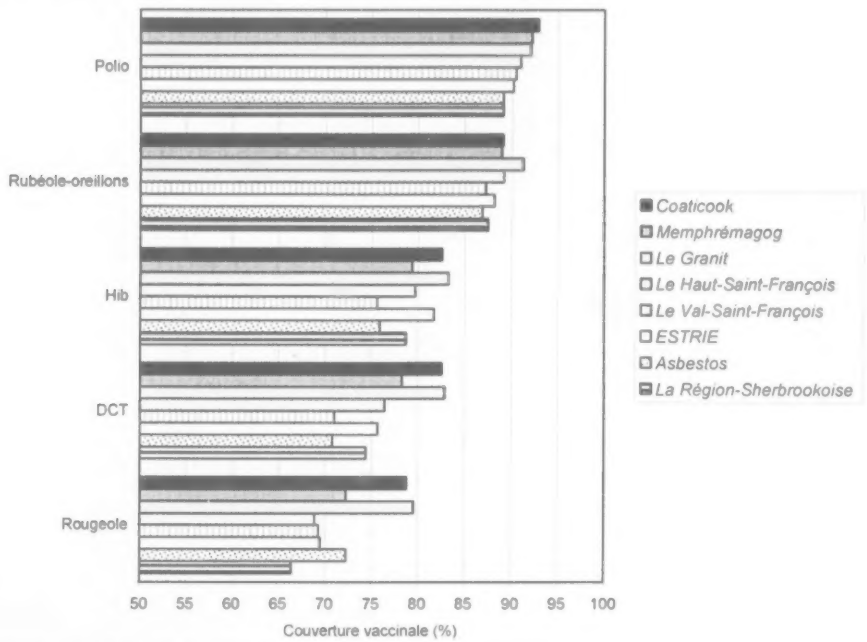
Sources : RRSSS de l'Estrie, Système LOGIVAC (pour les enfants vaccinés).
MSSS, juin 2000 (pour les populations des enfants de 2 ans).

L'évolution du taux de couverture vaccinale des enfants estriens de 2 ans varie en fonction du vaccin (figure 2-22). Deux taux se rapprochent de 90 % de 1998 à 2001 : celui du vaccin contre la poliomyélite (en progression de près de 10 % par rapport aux années 1995 et 1996) et celui contre la rubéole et les oreillons (en légère baisse de 3 % de 1995 à 2001). Le taux pour le Hib (*Haemophilus influenzae* de type b) fluctue autour de 80 %. Le taux de couverture du vaccin polyvalent DCT (diphtérie-coqueluche-tétanos) tend à diminuer au cours des années (environ 80 % en 1995 contre environ 75 % en 2001).

Le changement le plus marqué concerne le vaccin contre la rougeole. La chute observée, de 90 % en 1995-1996 à environ 70 % en 1997-2001, correspond à une modification du programme de vaccination, soit de une à deux doses. Si on ne considère que la première dose de ce vaccin, le taux demeure à 90 % et plus.

Pour deux des vaccins (poliomyélite et rubéole-oreillons), on n'observe aucune variation notable entre les taux des MRC. Pour les trois autres vaccins, deux MRC se distinguent par des taux plus élevés : Le Granit et Coaticook (figure 2-23). Les écarts sont plus marqués pour le vaccin DCT (diphtérie-coqueluche-tétanos) et celui de la rougeole, que pour le Hib (*Haemophilus influenzae* de type b).

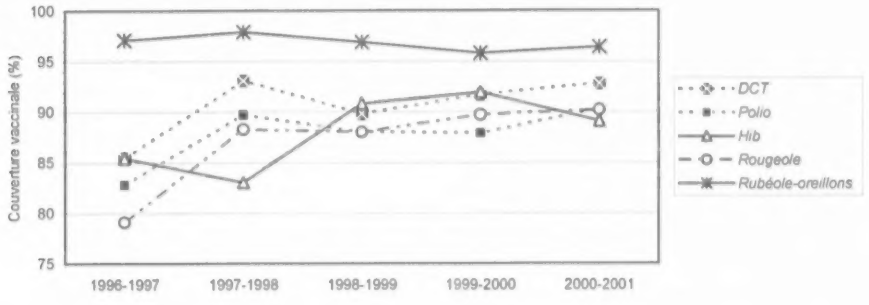
Figure 2-23
Taux de couverture vaccinale des enfants de 2 ans, MRC, en 2001



Sources : RRSSS de l'Estrie, Système LOGIVAC (pour les enfants vaccinés).
MSSS, juin 2000 (pour les populations des enfants de 2 ans).

Le deuxième repère de la couverture vaccinale des jeunes enfants est obtenu à l'entrée à la maternelle. Pour l'année scolaire 2000-2001, le taux de couverture est d'au moins 89 % pour les cinq vaccins considérés (figure 2-24). Il atteint même 96 % pour le vaccin contre la rubéole et les oreillons. L'évolution de la situation de 1996-1997 à 2000-2001 montre une amélioration ou, tout au moins, un maintien des taux de couverture pour les cinq vaccins.

Figure 2-24
Évolution du taux de couverture vaccinale des enfants à l'entrée à la maternelle dans les écoles de l'Estrie, années scolaires 1996-1997 à 2000-2001



Sources : RRSSS de l'Estrie, Système LOGIVAC (pour les enfants vaccinés).
MEQ (pour les populations des élèves des écoles de l'Estrie).

La situation en Estrie se compare avantageusement avec celle rapportée pour la région de Québec en 1998-1999[29]. Le taux de couverture pour le vaccin rubéole-oreillons est semblable (plus de 90 %). Pour la rougeole, le taux estrien est supérieur à celui de la région de Québec (88 % contre 76 %). Pour les autres vaccins (DCT, Polio, Hib), les taux estriens sont aussi plus élevés que ceux de la région de Québec, l'écart se situant entre 5 et 8 %.

La couverture vaccinale dans chacune des MRC ne présente pas d'écarts notables pour le vaccin de l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib) et pour le vaccin rubéole-oreillons, à l'entrée à la maternelle. Seules trois situations avoisinent la valeur de 80 % : diphtérie-coqueluche-tétanos et poliomyélite dans la MRC du Haut-Saint-François et rougeole dans la MRC du Val-Saint-François. Par ailleurs, la couverture vaccinale est particulièrement élevée dans la MRC de Coaticook, soit de 97 à 99 % pour chacun des cinq vaccins.

[29] Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, *Rapport sur l'état de santé et de bien-être des enfants de 0-5 ans de la région de Québec*, 2000, p. 56.

Tableau 2-13
Pourcentage de la couverture vaccinale des enfants à l'entrée à la maternelle dans les écoles de l'Estrie pour l'année scolaire 2000-2001

Territoire	Type de vaccins					
	Diphtérie-Tétanos	Coqueluche	Poliomyélite	Hib	Rougeole	Rubéole-Oreillons
Granit	93,7	92,6	91,5	94,7	95,8	98,4
Asbestos	86,0	85,3	85,3	85,3	84,6	94,4
Haut-Saint-François	82,4	80,8	81,2	94,0	90,0	95,2
Val-Saint-François	89,4	89,1	87,3	89,4	81,4	95,3
Coaticook	98,5	97,1	97,1	96,6	97,6	99,5
Région-Sherbrookoise	94,0	90,7	90,9	87,3	91,7	96,1
Memphrémagog	96,1	94,9	93,7	87,6	95,1	97,6
Estrie	**92,8**	**90,6**	**90,3**	**89,1**	**90,2**	**96,4**

Sources : RRSSS de l'Estrie, Système LOGIVAC (pour les enfants vaccinés).
MEQ (pour les populations des élèves des écoles de l'Estrie).

2.8 INTOXICATIONS INVOLONTAIRES

Nous avons vu dans les sections précédentes que les intoxications des jeunes enfants pouvaient conduire à leur hospitalisation (section 2.5) ou, dans de rares cas, provoquer la mort (section 2.2). Or, ces événements tragiques ne représentent qu'une infime partie des intoxications. En effet, la source d'information la plus exhaustive provient des appels reçus à la centrale téléphonique du Centre Anti-poison du Québec. En général, il s'agit d'intoxications mineures traitées par les conseils d'une infirmière ou référées en CLSC ou en urgence hospitalière. Les appels couvrent les intoxications non intentionnelles ou accidentelles (incluant les erreurs thérapeutiques) et intentionnelles (volontaires). Pour les jeunes enfants, on peut considérer que tous les cas sont accidentels.

Le Centre Anti-poison du Québec reçoit chaque année environ 20 000 appels concernant des intoxications chez les enfants québécois de 0 à 5 ans. Ce nombre diminue progressivement de 23 000 en 1994-1996 à 18 000 en 2001. Ces intoxications touchent plus souvent les petits québécois (54 %) que les petites québécoises (46 %). Très majoritairement (88 % des cas), l'intoxication se fait par voie orale[30]. Si l'on estime que 4 % des appels proviennent de l'Estrie, ce sont quelque 800 intoxications de jeunes Estriens qui sont rapportées chaque année.

[30] D. HAMEL (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*, Institut national de santé publique du Québec, pages 137 à 144.

Les produits ou substances impliqués dans les intoxications sont très diversifiés. Globalement, on les regroupe en deux grandes classes : les médicaments et les produits domestiques. Les intoxications qui touchent les enfants de 0 à 5 ans au Québec mettent en cause les produits domestiques dans 58 % des cas et les médicaments dans 42 % des cas.

L'importance relative des principaux produits ou substances est très variable (tableau 2-14). Parmi les intoxications médicamenteuses domine l'acétaminophène (10 % des appels), les antigrippaux (5 %) et les antibiotiques (3 %). Moins fréquemment (de 1 à 2 % des appels), on retrouve les vitamines avec ou sans fer et fluor, l'alcool à friction, les benzodiazépines, de même que l'acide acétylsalicylique et le salicylate de méthyle.

Les cosmétiques forment le principal groupe de produits domestiques. Si on inclut les parfums, eaux de toilette, eau de Cologne et shampooings, les cosmétiques causent 13 % des intoxications de jeunes enfants. Les plantes contribuent à près de 7 % des intoxications, alors que les nettoyeurs domestiques et les pesticides se retrouvent chacun dans 5 % des cas. Les hydrocarbures, de même que les savons et détersifs, sont chacun présents dans plus de 3 % des intoxications. Finalement, mentionnons les aliments, l'eau de Javel, les champignons et les corrosifs domestiques (de 1 à 2 % des intoxications).

Tableau 2-14
Principaux produits ou substances cause d'intoxication chez les enfants de 0 à 5 ans, Québec, 1999-2001

Produits	Nombre de cas (moyenne annuelle)	% sur 19 288 cas
Médicaments		
Acétominophène	1 942	10,0
Antigrippes (décongestionnant, antitussif, etc.)	978	4,7
Antibiotiques	594	3,1
Vitamines sans fer ni fluor	398	2,1
Vitamines avec fer ou fluor	272	1,4
Alcool à friction	266	1,4
Benzodiazépines	175	0,9
Acide acétylsalicylique et salicylate de méthyle	178	0,9
ISRS (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, anti-dépresseur)	80	0,4
Produits domestiques		
Cosmétiques (sauf shampooing, parfums)	1 838	9,5
Plantes	1 274	6,6
Nettoyeurs domestiques	936	4,8
Pesticides (LC)	879	4,5
Hydrocarbures (peintures, vernis, diluants, décapants, allume BBQ, etc.)	711	3,7
Savons et détersifs	629	3,2
Parfums, eaux de toilette et eau de Cologne	425	2,2
Aliments	360	2,9
Eau de Javel	319	1,6
Champignon	267	1,4
Corrosifs domestiques (débouche-tuyaux, nettoyeurs à four, etc.)	204	1,1
Shampoing	202	1,0
Méthanol	76	0,4
Chlore à piscine	59	0,3

Note : Ce tableau ne comprend pas toutes les classes de produits. De plus, un enfant peut avoir pris plusieurs produits à la fois. Ainsi, ces classes ne sont pas mutuellement exclusives.
Source : Centre Anti-poison du Québec, composante de l'INSPQ, 1999-2001.

2.9 SANTÉ DENTAIRE

N'ayant pas de données sur la santé buccodentaire des moins de 5 ans, nous présentons la situation des enfants à l'entrée à l'école, ce qui nous donne un reflet de ce qui prévaut avant l'entrée à l'école. L'enquête québécoise sur la santé buccodentaire des enfants, réalisée en 1998-1999[31], fournit certains indicateurs pour les élèves québécois de la maternelle (de 5 à 6 ans). Il s'agit de l'une des principales sources d'information sur la santé buccodentaire des jeunes enfants québécois et les informations qui suivent proviennent du rapport de cette enquête.

[31] Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique (2001). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La carie dentaire chez les jeunes Québécois a connu un important déclin depuis les années 70, cette diminution étant accompagnée d'une diminution du nombre d'extractions de dents et d'une amélioration du niveau de traitement. La carie dentaire demeure toutefois concentrée chez les enfants à risque, issus le plus souvent de milieux défavorisés sur le plan socioéconomique.

Les enfants de la maternelle n'ont en moyenne que deux dents permanentes en bouche et seulement 3 % de ces enfants ont des caries. L'indice CAOF moyen (nombre de faces[32] cariées, absentes et obturées) sur des dents permanentes n'est que de 0,07 dans ce groupe. La contribution des dents permanentes à la santé buccodentaire des jeunes enfants est donc assez minime. À l'inverse, ces enfants ont en moyenne 19 dents temporaires (sur 20) présentes en bouche et des caries sont décelées chez 42 % d'entre eux. L'indice CAOF moyen sur des dents temporaires atteint 3,9 dans ce groupe d'âge préscolaire et les dents obturées contribuent au deux tiers de cet indice.

La carie des dents temporaires se concentre dans un groupe restreint d'enfants : le quart des enfants ont cinq faces ou plus atteintes, cumulant 90 % de toutes les caries. Ces enfants à risque élevé ont un CAOF moyen de 14,9, soit plus de six fois celui des enfants à risque moyen (1 à 4 faces atteintes, CAOF moyen de 2,3).

Globalement, pour l'ensemble des dents, plus des deux tiers (69 %) des enfants n'ont aucune obturation d'amalgame à la maternelle. L'autre tiers se répartit également entre ceux ayant de 1 à 3 obturations et ceux ayant 4 obturations et plus.

L'hygiène buccodentaire est quantifiée pour deux aspects : le brossage et l'indice de débris[33]. La grande majorité (86 %) des élèves de la maternelle rapportent avoir brossé leurs dents au moins une fois la veille de l'examen; cette proportion tombe à 59 % pour deux brossages ou plus. Une minorité (14 %) d'enfants ont un indice de débris médiocre.

Une forte proportion (85 %) des élèves de la maternelle ont vu le dentiste au moins une fois au cours de la dernière année. Par contre, un enfant sur neuf (11 %) n'a pas vu le dentiste depuis deux ans ou n'a jamais visité le dentiste. Les raisons majeures invoquées pour l'absence de visite récente sont l'absence de besoin et le manque d'argent.

---

[32] On appelle « faces » les différentes parties de la surface d'une dent. Une dent compte cinq faces.

[33] L'« indice de débris » est un indice permettant d'évaluer la quantité de débris de consistance molle à la surface des dents (plaque dentaire).

Dès son arrivée dans le milieu scolaire, l'enfant a déjà eu près de 60 % de toute la carie qui se formera sur sa dentition temporaire. C'est donc dire que les facteurs de risque de cette maladie apparaissent dès le plus jeune âge et bien avant l'entrée de l'enfant en maternelle, moment où commence l'application du Programme public de services dentaires préventifs (PPSDP). Il est donc nécessaire de bien connaître les déterminants relatifs à la carie chez les jeunes enfants et d'envisager des actions préventives auprès des enfants d'âge préscolaire.

Programme public de services dentaires préventifs

Ce programme cible les enfants de 0 à 12 ans. La plupart des activités sont réalisées en milieu scolaire auprès des enfants de 5 à 9 ans. Ainsi, les enfants d'âge préscolaire et leurs parents sont partiellement rejoints et les activités qui les touchent varient selon le territoire. Certains parents et enfants sont approchés par le biais de la participation au *Programme intégré d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité*, d'autres sont rejoints lors des cliniques d'immunisation, ou encore dans les services de garde éducatifs et les maternelles 4 ans ou à la Villa Marie-Claire. Aucun service dentaire préventif n'est assuré par la RAMQ pour les enfants de moins de 12 ans. Les orientations du MSSS sont de privilégier, pour les enfants de 0 à 12 ans, la prestation des services dentaires préventifs via son réseau public d'établissements.

La quasi totalité des enfants de la maternelle de la région de l'Estrie bénéficie d'un examen de dépistage par un hygiéniste dentaire de leur CLSC. Les jeunes les plus vulnérables à la carie sont invités à recevoir un suivi préventif individualisé deux fois par année, de la maternelle à la 3e année, comprenant un dépistage du besoin de traitement, une initiation à la prévention en santé dentaire (hygiène buccodentaire, fluorures, alimentation) avec participation des parents si possible, application de fluorure – et, à l'occasion, de scellant dentaire – et incitation à consulter régulièrement le dentiste.

Sur un plan qui touche l'ensemble de la population, la fluoration des eaux de consommation demeure toujours pertinente et prioritaire. La Loi sur la santé publique incite et encadre l'exercice de cette mesure de santé publique. En Estrie, seule la municipalité de Windsor fluorure l'eau de consommation depuis 1978.

La promotion de la fluoration des eaux de consommation, de l'acquisition de saines habitudes de vie, de saines habitudes alimentaires et de l'utilisation des fluorures (dentifrices et suppléments), de même que le suivi préventif individualisé en milieu scolaire et l'application des agents de scellement sont des activités préventives à déployer dans le cadre du premier cycle du Programme national de santé publique du Québec (2003-2005).

Les données de l'ELDEQ[34] documentent deux aspects intéressants quant aux comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des tout-petits de moins de 30 mois :

1) l'utilisation d'un biberon contenant autre chose que de l'eau durant les périodes d'endormissement ou pendant le sommeil le jour ou la nuit;

2) l'âge auquel on débute le brossage des dents.

Concernant l'utilisation du biberon, la recommandation professionnelle stipule de ne pas laisser dormir un enfant avec un biberon contenant autre chose que de l'eau[35]. Or, les résultats de l'ELDEQ révèlent que 13 % des enfants sont classés comme pouvant être à risque de développer un problème de carie dentaire, étant donné les comportements parentaux entourant l'utilisation du biberon. Vers l'âge de 17 mois, cette catégorie augmente considérablement et atteint 59 %.

En ce qui concerne le brossage des dents, on sait qu'il constitue un facteur de protection, surtout lorsqu'il est effectué avec un dentifrice avec du fluorure. On sait aussi que les premières dents antérieures apparaissent vers l'âge de 6 mois à 10 mois[36] et que les dents temporaires ont une grande influence sur le développement de la dentition permanente[37]. Or, bien que la quasi-totalité des enfants québécois visés par l'ELDEQ aient débuté le brossage de leurs dents avant l'âge de 29 mois, on constate que les parents retardent le moment où ils brosseront la première fois les dents de leur bébé. En effet, seulement 4 enfants sur 10 ont eu les dents brossées pour la première fois avant l'âge de 12 mois. Cette proportion atteint 63 % à 12 mois et 99 % lorsque l'enfant atteint l'âge de 24 mois.

Concernant la fréquence du brossage, la recommandation professionnelle semble peu observée. En effet, seulement 29 % des enfants d'un an et demi ont eu leurs dents brossées deux fois ou plus le jour précédent l'entrevue et cette proportion n'atteint pas encore 50 % chez les enfants de deux ans et demi.

---

[34] G. VEILLEUX, M. GÉNÉREUX et J. DUROCHER (2002), « Comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des enfants », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, vol. 2, n° 6.

[35] Ordre des dentistes du Québec (ODQ), Site de l'Ordre des dentistes du Québec, *Information au public, Les Info-Capsules, Coup d'œil sur la dentisterie préventive, Tout sur la carie du biberon*, (http://www.odq.qc.ca), page consultée le 1er août 2003.

[36] Association dentaire canadienne (ADC), Site de l'Association dentaire canadienne, *Votre santé dentaire, Dents des enfants*, (http://www.cda-adc.ca), page consultée le 1er août 2003.

[37] ODQ, *loc. cit.*

CHAPITRE 3

UTILISATION DES SERVICES DES MÉDECINS ET DENTISTES

Le volume et la raison des services offerts par les professionnels de la santé peuvent être considérés parmi les indicateurs de l'état de santé des enfants de 0 à 5 ans en Estrie. Les services pour lesquels des données sont disponibles sont les actes couverts par le régime public et facturés à la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Ces services comprennent entre autres les examens, les chirurgies et les services spécialisés, tels les services diagnostiques. Ces services sont généralement rendus en cabinet ou en établissement de santé.

Les données d'utilisation des services étant très diversifiées, leur analyse nécessite le recours à de nombreux regroupements pour permettre une meilleure visualisation des différences temporelles et territoriales. Un aperçu général est présenté dans un premier temps, puis les données concernant les médecins omnipraticiens, les médecins spécialistes et les dentistes sont traités séparément.

3.1 Points saillants

- Le nombre de services rendus aux petits Estriens par des médecins accuse une variation plus forte chez les plus jeunes enfants. Chez les moins d'un an, on compte environ 15 000 événements par année de 1992 à 1995, puis plus de 20 000 événements par année de 1996 à 2000, alors qu'en 2001 la tendance est à la baisse (environ 17 000 événements). Chez les enfants de 1 à 2 ans, la tendance générale est à la baisse, surtout en 2000 et 2001 (environ 36 000 événements par année). Pour les 3 à 4 ans, de même que pour les 5 ans, les variations temporelles au cours de la décennie 1992-2001 sont relativement faibles; le nombre annuel d'événements se situe respectivement autour de 35 000 et 20 000.
- Le nombre annuel de services rendus par les médecins omnipraticiens, aux enfants estriens de 0 à 5 ans, a fluctué de 57 000 à 70 000 au cours de la décennie 1992-2001. Globalement, le volume de services médicaux omnipratiques a augmenté de 5 % de 1993-1995 à 1999-2001.
- Les enfants estriens de 0 à 5 ans reçoivent 92 % des services médicaux omnipratiques dans la région de l'Estrie, de 1992 à 2001.
- Les lieux où sont offerts les services des médecins omnipraticiens ont varié sensiblement. En 1993-1995, les services étaient rendus à 47 % en cabinet privé et à 50 % dans les urgences des centres hospitaliers. En 1999-2000, la répartition est fort différente : près des deux tiers (65 %) en cabinet privé et un tiers (34 %) dans les urgences des centres hospitaliers. Ce changement s'est produit majoritairement sur une très courte période, soit de 1995 à 1997. On note en 2001 une remontée des services rendus dans les urgences.

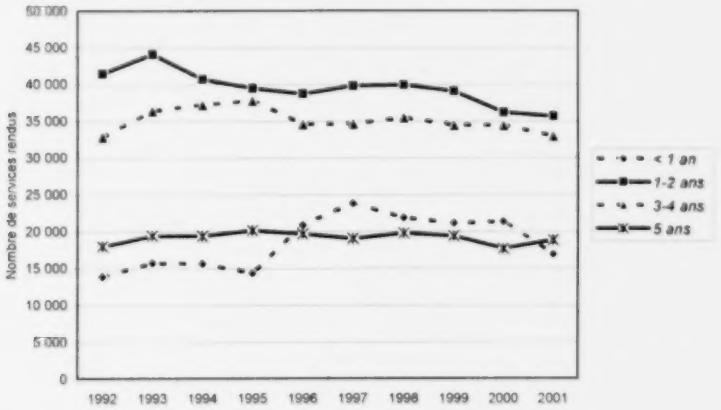
- Le nombre annuel de services rendus par les pédiatres auprès des enfants de 0 à 5 ans de l'Estrie n'est pas constant pour la décennie 1992-2001. Ce nombre se situe entre 21 000 et 24 000 pour la période 1992-1997, puis diminue progressivement jusqu'à 15 700 en 2001.
- Un diagnostic est produit pour 90 % des interventions par les pédiatres auprès des enfants de 0 à 5 ans. Les maladies de l'appareil respiratoire et celles du système nerveux et des organes des sens sont invoquées dans deux cas sur cinq (28 % et 12 % respectivement).
- De façon générale, on observe une diminution très marquée (45 %) du nombre de services rendus par les chirurgiens auprès des enfants de 0 à 5 ans de l'Estrie, passant de 2 900 en 1992 à 1 600 en 2001. Deux groupes d'âge sont particulièrement affectés par cette diminution, les 1 à 2 ans et les 3 à 4 ans.
- La répartition des diagnostics lors des services rendus par les chirurgiens diffère beaucoup de celles des omnipraticiens et des pédiatres. Trois groupes de diagnostics contribuent à près de la moitié des interventions : les lésions traumatiques et empoisonnements (24 %), les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (13 %) et les maladies de l'appareil digestif (11 %).
- En ce qui concerne les autres médecins spécialistes (outre les pédiatres et les chirurgiens), trois spécialités médicales regroupent près des deux tiers (65 %) des services offerts : l'oto-rhino-laryngologie (32 %), l'ophtalmologie (17 %) et la radiologie diagnostique (16 %). Pour l'ensemble des spécialités, les garçons reçoivent plus de services que les filles (58 % contre 42 %).
- Les variations temporelles du nombre de services rendus par les médecins spécialistes (outre les pédiatres et les chirurgiens) sont d'une ampleur moindre que celles des pédiatres et chirurgiens. Le nombre annuel avoisine 4 000 à 4 500 chez les 1 et 2 ans et les 3 et 4 ans, tandis qu'il dépasse à peine 2 000 dans le groupe des 5 ans. Pour les enfants de moins d'un an, le nombre annuel d'interventions passe d'environ 1 000 (1992 à 1995) à environ 2 000 (1996 à 2000). En 2001, on observe une diminution pour les quatre groupes d'âge.
- Le volume des services dentaires auprès des très jeunes enfants est relativement faible et constant au cours de la décennie 1992-2001. Le nombre annuel d'interventions est de près de 1 000 chez les 1 à 2 ans (8 % du total) et de seulement 18 en moyenne chez les moins d'un an.

3.2 L'ENSEMBLE DES SERVICES ENCADRÉS PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

L'évolution temporelle du nombre global de services rendus aux petits Estriens varie en fonction de l'âge des enfants. Pour les moins d'un an, on observe deux périodes très différentes : environ 15 000 événements par année de 1992 à 1995, puis plus de 20 000 événements par année de 1996 à 2000; en 2001, la tendance est à la baisse (environ 17 000 événements) (figure 3-1)[1].

Pour les autres groupes d'âge, les variations ne sont pas aussi marquées. Chez les enfants de 1 à 2 ans, la tendance générale est à la baisse, surtout en 2000 et 2001 (environ 36 000 événements par année). Pour les 3 à 4 ans, de même que pour les 5 ans, les variations temporelles au cours de la décennie 1992-2001 sont relativement faibles; le nombre annuel d'événements se situe respectivement autour de 35 000 et 20 000 (figure 3-1). Les analyses qui suivent devraient permettre de mieux comprendre ces changements.

Figure 3-1
Nombre total de services rendus (médecins et dentistes) par année et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001



Source : RAMQ, 1992-2001.

[1] Il est à noter que pour la plupart des tableaux et figures de ce chapitre, les classes de groupes d'âge n'étant pas constantes (certains sont de deux ans, d'autres d'un an), la comparaison directe entre groupes d'âge n'est pas valable. C'est pourquoi on compare plutôt des périodes temporelles, à l'intérieur d'un même groupe d'âge.

Les services rendus sont très majoritairement (90 %) de nature médicale pour l'ensemble des jeunes enfants (0-5 ans) (tableau 3-1). Cette proportion diminue en fonction de l'âge des enfants. Pour les plus jeunes (moins d'un an et 1 à 2 ans), la quasi-totalité des services sont rendus par des médecins omnipraticiens et les spécialistes. Par la suite, cette proportion baisse substantiellement, autour de 84 % pour les 3 à 4 ans et de 75 % pour les 5 ans. On n'observe aucune différence temporelle notable de 1993-1995 à 1999-2001.

Les dentistes sont responsables de 10 % des services rendus en 1993-1995, mais de 9 % en 1999-2001 (tableau 3-1). Cette baisse concerne surtout les enfants de 5 ans (de 26 % à 23 %) et, dans une moindre mesure, ceux de 3 à 4 ans (de 16 % à 15 %). Les interventions par les dentistes sont beaucoup plus rares chez les 1 à 2 ans (2 % des cas) et quasi absentes pour les moins d'un an.

Tableau 3-1
Nombre et proportion de services rendus (médecins et dentistes) par type de professionnels et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, périodes triennales 1993-1995 à 1999-2000

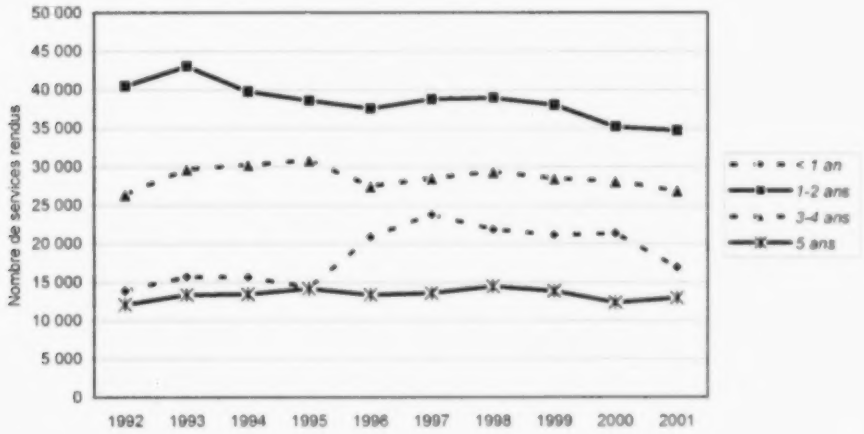
Groupes d'âge	Type de professionnels	NOMBRE D'ÉVÈNEMENTS - MOYENNE ANNUELLE					
		1993-1995		1996-1998		1999-2001	
		N	%	N	%	N	%
< 1 an	médecin	15 199	99,9	22 143	99,9	19 762	99,9
	dentiste	13	0,1	17	0,1	22	0,1
	TOTAL	15 211	100,0	22 160	100,0	19 784	100,0
1-2 ans	médecin	40 447	98,0	38 418	97,7	35 953	97,7
	dentiste	842	2,0	884	2,3	832	2,3
	TOTAL	41 289	100,0	39 303	100,0	36 784	100,0
3-4 ans	médecin	30 228	83,9	28 431	84,3	27 813	85,0
	dentiste	5 805	16,1	5 304	15,7	4 892	15,0
	TOTAL	36 033	100,0	33 735	100,0	32 705	100,0
5 ans	médecin	13 615	74,4	13 763	76,1	13 025	76,6
	dentiste	4 691	**25,6**	4 332	**23,9**	3 980	**23,4**
	TOTAL	18 306	100,0	18 095	100,0	17 005	100,0
TOUS (0-5 ans)	médecin	99 488	89,8	102 755	90,7	96 552	90,8
	dentiste	11 351	10,2	10 538	9,3	9 727	9,2
	TOTAL	110 840	100,0	113 293	100,0	106 278	100,0

Source : RAMQ, 1993-2001.

3.3 LES SERVICES OFFERTS PAR LES MÉDECINS

L'évolution temporelle du nombre de services médicaux[2] (omnipraticiens et spécialistes) rendus pour les jeunes de 0 à 5 ans de la région, selon quatre groupes d'âge (figure 3-2), est dans l'ensemble semblable à celle du total des services assurés (figure 3-1), puisque les services médicaux représentent 88 % de la somme des services auprès des 0 à 5 ans (de 70 % à près de 100 % selon le groupe d'âge).

Figure 3-2
Nombre de services médicaux rendus par année et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001



Source : RAMQ, 1992-2001.

Le nombre annuel de services prodigués par des médecins atteint près de 100 000, de 1992 à 2001, pour les jeunes Estriens de 0 à 5 ans. Le changement temporel le plus marqué concerne les enfants de moins d'un an. Le nombre annuel passe de 15 000 (1992 à 1995) à plus de 20 000 (1996 à 2000), puis à 17 000 en 2001 (figure 3-2). Pour les enfants de 1 à 2 ans, la tendance générale est à la diminution graduelle au cours de la décennie 1992-2001, soit de 40 000 à 35 000 événements par année. Pour les enfants de 3 à 4 ans, le nombre de services médicaux se situe entre 26 000 à 30 000 par année; les fluctuations observées ne permettent pas de déceler une tendance claire. Le nombre d'événements avoisine 13 000 par année pour les enfants de 5 ans, sans variation notable au cours de la décennie.

---

[2] La très grande majorité des actes médicaux étant couverts par le régime public, les données pour les services rendus par les médecins sont peu sous-estimées. Notons toutefois l'absence des actes posés par les médecins salariés en CLSC et ceux posés par les médecins désengagés.

Pour les fins d'une analyse plus détaillée, les services médicaux sont divisés en quatre groupes : omnipraticiens, pédiatres, chirurgiens et autres spécialistes. Ces groupes seront traités séparément dans les sections qui suivent.

Près des deux tiers (64 %) des services sont rendus par des omnipraticiens, cette proportion variant peu par groupe d'âge (de 62 à 66 %) (tableau 3-2). En moyenne, un service sur cinq (21 %) est effectué par un pédiatre. Ces services diminuent progressivement avec l'âge des enfants, de 28 % pour les moins d'un an à 16 % pour les 5 ans. Les interventions chirurgicales constituent 2 % du total et les proportions augmentent avec l'âge de l'enfant. La part des services rendus par les autres spécialistes progresse de 9 % chez les plus jeunes (moins d'un an) à 17 % chez les plus âgés (5 ans). Finalement, les garçons reçoivent plus de services médicaux que les filles, soit 54 % contre 46 %.

Tableau 3-2
Nombre total de services médicaux rendus par groupe d'âge, selon le groupe médical et le sexe de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001

	< 1 an		1-2 ans		3-4 ans		5 ans		0-5 ans	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Omnipraticiens	113 778	61,5	253 081	65,8	184 969	64,7	85 296	64,0	637 124	**64,4**
Pédiatres	51 716	27,9	82 671	21,5	50 036	17,5	21 741	16,3	206 164	**20,8**
Chirurgiens	3 375	1,8	7 868	2,0	7 660	2,7	4 014	3,0	22 917	2,3
autres spécialités	16 279	8,8	41 277	10,7	43 106	15,1	22 204	16,7	122 866	12,4
Total	**185 148**	**100,0**	**384 897**	**100,0**	**285 771**	**100,0**	**133 255**	**100,0**	**989 071**	**100,0**
Filles	83 901	45,3	174 936	45,5	132 366	46,3	62 357	46,8	453 560	45,9
Garçons	101 247	54,7	209 961	54,5	153 405	53,7	70 898	53,2	535 511	**54,1**
Total	**185 148**	**100,0**	**384 897**	**100,0**	**285 771**	**100,0**	**133 255**	**100,0**	**989 071**	**100,0**

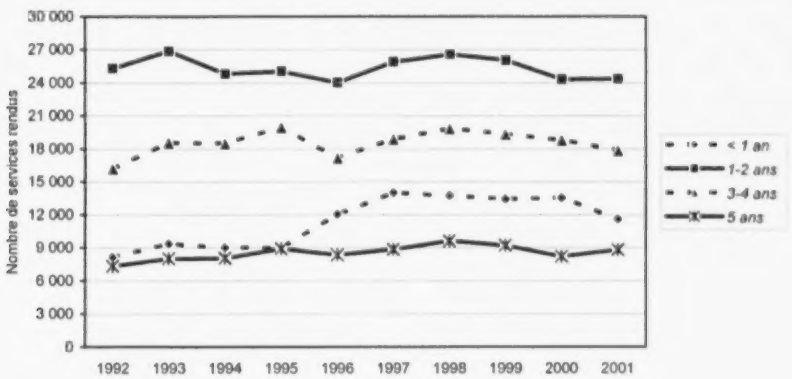
Source : RAMQ, 1992-2001.

3.3.1 Les omnipraticiens

Au cours de la décennie 1992-2001, le nombre annuel de services rendus par les médecins omnipraticiens, auprès des enfants estriens de 0 à 5 ans, a fluctué entre 57 000 et 70 000.

Pour les moins d'un an, le maximum est observé de 1997 à 2000, où l'on compte environ 13 500 services rendus par année, par comparaison à seulement 9 000 par année de 1993 à 1995 (figure 3-3). Le profil des fluctuations annuelles des courbes pour les groupes d'âge de 1 à 2 ans et de 3 à 4 ans sont semblables; le nombre annuel de services oscille entre 24 000 et 27 000 pour les 1 à 2 ans et entre 16 000 et 20 000 pour les 3 à 4 ans. Le nombre de services omnipratiques rendus pour les enfants de 5 ans avoisine, en général, 9 000 par année depuis 1995.

Figure 3-3
Nombre de services rendus par les omnipraticiens par année et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001



Source : RAMQ, 1992-2001.

La répartition croisée du territoire où sont rendus les services par les médecins omnipraticiens et du territoire de résidence des enfants met en lumière des écarts géographiques (MRC et région) et temporels (périodes de trois ans).

La proportion des cas où la région de prestation des services est inconnue n'est que de 2,9 % pour la décennie 1992-2001; cette proportion diminue d'une période triennale à l'autre, pour s'approcher de 0 % en 1999-2001 (tableaux 3-3 et 3-4). Toutefois, la répartition intrarégionale est fort inégale. Deux MRC sont particulièrement affectées : Coaticook (un quart des services sont rendus dans une région inconnue de 1993 à 1998) et Le Haut-Saint-François (un sixième des services sont rendus dans une région inconnue en 1993-1995).

Les enfants estriens de 0 à 5 ans reçoivent 92 % des services médicaux omnipratiques dans la région de l'Estrie, de 1992 à 2001. Cette proportion atteint même 96 % dans la MRC de La Région-Sherbrookoise (tableau 3-3). Si l'on ne tient compte que de la période la plus fiable (1999-2001), soit celle où la région de prestation est presque toujours connue, la proportion régionale est de 95 %. Toutes les MRC ont des valeurs de 94 % ou plus en 1999-2001, sauf celle du Granit où seulement 81 % des enfants reçoivent les services de médecins omnipraticiens dans la région de l'Estrie (tableau 3-4).

Dans près de trois cas sur quatre (74 %), ce sont les omnipraticiens de la MRC où réside l'enfant qui sont consultés, la valeur atteignant même 93 % pour La Région-Sherbrookoise au cours de la décennie 1992-2001 (tableau 3-3).

Tableau 3-3
Services des médecins omnipraticiens, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001

	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS SONT RENDUS										
	TOUS LES TERRITOIRES	ESTRIE						AUTRES RÉGIONS		RÉGION INCONNUE	
		MRC de résidence		MRC de La Région-Sherbrookoise		TOTAL					
TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	55 985	45 637	81,5	1 337	2,4	47 248	84,4	7 953	14,2	784	1,4
Asbestos	27 389	21 424	78,2	2 886	10,5	25 248	92,2	1 942	7,1	199	0,7
Haut-Saint-François	41 404	18 807	45,4	17 713	42,8	37 499	90,6	1 041	2,5	2 864	6,9
Val-Saint-François	66 486	33 873	50,9	25 765	38,8	61 316	92,2	4 607	6,9	563	0,8
Région-Sherbrookoise	282 169	262 036	92,9			270 525	95,9	8 163	2,9	3 481	1,2
Coaticook	44 291	24 822	56,0	7 714	17,4	35 321	79,7	456	1,0	8 514	19,2
Memphrémagog	88 277	63 744	72,2	14 287	16,2	79 380	89,9	6 891	7,8	2 006	2,3
Inconnu	31 123		--	27 718	--	30 191	--	845	--	87	--
ESTRIE	637 124	470 343	73,8	359 456	56,4	586 728	92,1	31 898	5,0	18 498	2,9

(Détail à l'annexe 3-1)

Notes : Tous les pourcentages sont calculés sur le nombre total (tous les territoires) pour un lieu de résidence donné.

Si l'on ne considère que la période la plus récente (1999-2001), trois MRC se démarquent de la moyenne régionale pour leur faible taux de fréquentation des médecins omnipraticiens de la MRC de résidence de l'enfant : Le Val-Saint-François (46 %), Le Haut-Saint-François (51 %) et Coaticook (64 %); pour les deux premiers territoires, près de deux cas sur cinq, les services omnipratiques sont rendus dans la MRC de La Région-Sherbrookoise (tableaux 3-3 et 3-4). Cette « dépendance » sherbrookoise est beaucoup moins évidente pour les autres MRC limitrophes de La Région-Sherbrookoise telles Coaticook et Memphrémagog, ne touchant qu'un cas sur six.

Les services offerts par des omnipraticiens hors-Estrie concernent majoritairement les enfants des MRC périphériques, particulièrement Le Granit (19 % des services en 1999-2001). Cette proportion est en hausse dans ce territoire, passant de 10 % en 1993-1995 à 19 % en 1999-2001. Le nombre de services rendus par des omnipraticiens hors-région est moindre (7 à 8 %) dans les autres MRC périphériques telles Asbestos (6 %), Le Val-Saint-François (6 %) et Memphrémagog (6 %). De plus, cette proportion tend à diminuer au cours des années (tableau 3-4 et annexe 3-2). Les enfants de la MRC du Haut-Saint-François et celle de Coaticook ne reçoivent presque pas de services en dehors de l'Estrie.

Pour cette même période, on note une baisse des services de 10 à 11 % pour les MRC du Val-Saint-François et de Coaticook, et une augmentation de 14 % pour Asbestos et La Région-Sherbrookoise.

Tableau 3-4
Services des médecins omnipraticiens, par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001

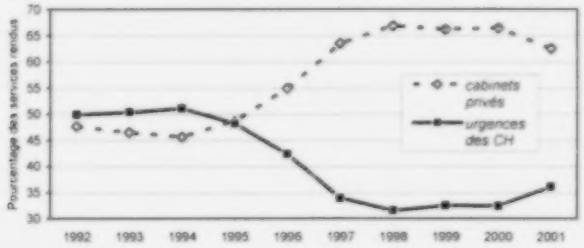
	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS SONT RENDUS											
	TOUS LES TERRITOIRES			ESTRIE		MRC DE RÉSIDENCE		AUTRES RÉGIONS		RÉGION INCONNUE	
TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	1993-1995	1999-2001	Variation temporelle	1993-1995	1999-2001	1993-1995	1999-2001	1993-1995	1999-2001	1993-1995	1999-2001
	N	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Granit	17 133	16 529	-3.5	87.4	81.3	84.9	77.9	9.9	18.7	2.7	0.0
Asbestos	7 452	8 522	14.4	89.9	93.6	73.0	82.3	8.4	6.4	1.7	0.0
Haut-Saint-François	11 916	13 024	9.3	80.0	98.1	33.9	51.0	3.0	1.8	**17.0**	0.1
Val-Saint-François	20 652	18 503	**-10.4**	92.4	93.6	58.1	46.4	6.6	6.2	1.1	0.0
Région-Sherbrookoise	79 257	90 042	13.6	94.7	97.4	91.8	94.4	3.3	2.6	2.0	0.0
Coaticook	13 922	12 409	**-10.9**	73.9	99.0	**84.2**	63.7	1.1	1.0	**25.0**	0.0
Memphrémagog	27 196	26 108	-4.0	86.8	93.7	69.9	73.7	8.3	6.2	4.9	0.0
Inconnu	8 401	10 238	21.9	..	..	..	..	..	..	..	..
ESTRIE	185 929	195 375	5.1	90.0	**95.2**	72.6	75.4	5.0	4.8	5.0	0.0

(Détail à l'annexe 3-2)
Source : RAMQ, 1993-2001.

Les lieux où les médecins omnipraticiens offrent leurs services sont regroupés en quatre types : les cabinets privés, les urgences des centres hospitaliers, les centres hospitaliers (sauf urgence) et les autres lieux. L'examen de l'évolution temporelle et territoriale de la répartition des services dans ces divers types de lieux de prestation conduit à plusieurs constats.

La quasi-totalité des services omnipratiques sont rendus en cabinet privé et dans les urgences des centres hospitaliers. En 1993-1995, l'importance relative était très semblable, soit 47 % pour les cabinets privés et 50 % pour les urgences des centres hospitaliers (tableau 3-5). En 1999-2001, la répartition est fort différente : près des deux tiers (65 %) en cabinet privé et un tiers (34 %) dans les urgences des centres hospitaliers. Ce changement, s'est produit majoritairement sur une très courte période, soit de 1995 à 1997 (figure 3-4). On note en 2001 une remontée des services rendus dans les urgences; l'importance réelle de cette variation ne sera connue que dans les années ultérieures.

Figure 3-4
Pourcentage annuel de services rendus par les omnipraticiens, en cabinet privé et dans les urgences des centres hospitaliers, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001



Source : RAMQ, 1992-2001.

Lieu du service

La fréquentation accentuée des cabinets privés, au détriment des urgences des centres hospitaliers, est particulièrement remarquée dans les MRC de La Région-Sherbrookoise et du Haut-Saint-François, où trois interventions sur quatre ont lieu en cabinet privé en 1999-2001 (tableau 3-5 et annexe 3-3). Le taux le plus faible s'observe dans la MRC d'Asbestos où seule une intervention sur trois est effectuée dans les cabinets privés des omnipraticiens. Trois autres territoires présentent des valeurs relativement faibles (de l'ordre de 40 à 50 %) pour la fréquentation des cabinets privés en 1999-2001 : Coaticook, Le Val-Saint-François et Le Granit. La diminution de l'usage des urgences des centres hospitaliers concerne avant tout les enfants de la MRC de La Région-Sherbrookoise, où la proportion des services passe de 52 % en 1993-1995 à 23 % en 1999-2001. D'ailleurs, aucun changement temporel notable ne se manifeste dans quatre territoires (Le Granit, Asbestos, Le Val-Saint-François et Memphrémagog).

Tableau 3-5
Type de lieux où les services des médecins omnipraticiens sont rendus, par période trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TYPE DE LIEUX OÙ LES SERVICES DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS SONT RENDUS													
	CABINETS PRIVÉS				CENTRES HOSPITALIERS - URGENCES				CH - SAUF URGENCES				Autres lieux (voir note)			
	1993-1995		1999-2001		1993-1995		1999-2001		1993-1995		1999-2001		1993-1995		1999-2001	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	8 696	51,9	8 635	52,2	7 247	42,3	7 374	44,6	974	5,7	509	3,1	16	0,1	11	0,1
Asbestos	2 342	31,4	2 925	**34,3**	4 835	64,9	5 553	65,2	263	3,5	35	0,4	12	0,2	9	0,1
Haut-Saint-François	7 557	63,4	10 007	**78,8**	4 233	35,5	2 982	22,9	117	1,0	17	0,1	9	0,1	18	0,1
Val-Saint-François	7 527	38,4	8 448	45,7	10 345	50,1	9 893	53,5	2 645	12,8	29	0,2	135	0,7	133	0,7
Région-Sherbrookoise	37 046	46,7	68 412	**78,0**	40 859	**51,6**	20 383	**22,6**	1 302	1,6	130	0,1	50	0,1	1 117	1,2
Coaticook	4 839	34,8	4 995	40,3	8 937	64,2	7 258	58,5	142	1,0	150	1,2	4	0,0	6	0,0
Memphrémagog	16 058	59,0	16 404	62,8	10 899	40,1	9 579	36,7	225	0,8	73	0,3	14	0,1	52	0,2
Inconnu	2 970	35,4	7 398	71,8	5 312	63,2	2 632	25,7	108	1,3	15	0,1	11	0,1	235	2,3
ESTRIE	87 235	46,9	127 182	68,1	92 667	49,8	65 654	33,6	5 776	3,1	958	0,5	251	0,1	1 581	0,8

(Détail à l'annexe 3-3)

Note : **Autres lieux** inclut laboratoires diagnostiques, CLSC et cliniques privées.

Source : RAMQ, 1993-2001

Diagnostics

Les services rendus par les médecins omnipraticiens auprès des jeunes enfants sont justifiés par de multiples causes. Globalement, cinq classes de diagnostics regroupent 60 % de tous les services. Les diagnostics ou groupes de diagnostics les plus fréquents sont présentés au tableau 3-6 pour les quatre groupes d'âge et pour l'ensemble des enfants de 0 à 5 ans. Notons qu'un diagnostic est connu pour 92 % des services d'omnipraticiens.

Tableau 3-6
Principaux diagnostics lors des services rendus par les médecins omnipraticiens par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001

	< 1 an		1-2 ans		3-4 ans		5 ans		0-5 ans	
Diagnostic	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Affections aiguës des voies respiratoires	22 990	20,2	49 531	19,6	40 126	21,7	18 614	21,8	131 263	20,6
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	15 562	13,7	40 777	16,1	26 938	14,6	12 040	14,1	95 317	15,0
Lésions traumatiques et empoisonnements	5 148	4,5	25 229	10,0	21 436	11,6	10 022	11,7	61 835	9,7
Symptômes, signes et états morbides mal définis	11 116	9,8	20 883	8,3	14 003	7,6	6 431	7,5	52 433	8,2
Autres maladies des voies respiratoires supérieures	2 809	2,5	11 337	4,5	8 953	4,8	4 032	4,7	27 131	4,3
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	4 937	4,3	10 889	4,3	7 296	3,9	3 343	3,9	26 465	4,2
Maladies de l'appareil digestif	5 503	4,8	11 342	4,5	6 363	3,4	2 664	3,1	25 872	4,1
Maladies pulmonaires obstructives chroniques et affections connexes	3 103	2,7	10 168	4,0	8 601	4,6	3 760	4,4	25 632	4,0
Maladies infectieuses et parasitaires	4 808	4,2	8 604	3,4	6 922	3,7	3 800	4,5	24 134	3,8
Pneumonie et grippe	3 104	2,7	9 229	3,6	7 078	3,8	3 148	3,7	22 559	3,5
Sujets ayant recours aux services de santé	8 071	7,1	6 737	2,7	2 514	1,4	1 124	1,3	18 446	2,9
Maladies des organes génito-urinaires	1 052	0,9	3 518	1,4	3 431	1,9	1 292	1,5	9 293	1,5
Maladies de l'œil et de ses annexes	1 947	1,7	3 421	1,4	2 558	1,4	1 123	1,3	9 049	1,4
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	682	0,6	2 374	0,9	2 084	1,1	1 051	1,2	6 191	1,0
Autres diagnostics	16 392	14,4	20 032	7,9	11 197	6,1	5 661	6,6	53 282	8,4
Non relié à un diagnostic / diagnostic absent	6 554	5,8	19 010	7,5	15 467	8,4	7 191	8,4	48 222	7,6
TOTAL	113 778	100,0	253 081	100,0	184 969	100,0	85 296	100,0	637 124	100,0

Source : RAMQ, 1992-2001.

Parmi les maladies de l'appareil respiratoire (1 sur 3), les diagnostics majeurs sont les affections aiguës des voies respiratoires (21 %), les autres maladies des voies respiratoires supérieures (4 %), les maladies pulmonaires obstructives chroniques (4 %) et les pneumonies et grippes (4 %). Les principales composantes des maladies du système nerveux et des organes des sens sont les maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (15 %) et les maladies de l'œil et de ses annexes (1,4 %) (tableau 3-6).

Les lésions traumatiques et empoisonnements (10 % des interventions) forment un groupe diversifié de diagnostics, incluant en particulier les divers types de fractures (0,8 %), les plaies de la tête, du cou et du tronc (3,5 %) et les intoxications (0,3 %). Ce groupe diagnostique est le seul pour lequel la différence entre les sexes (9 % pour les filles et 11 % pour les garçons) mérite d'être soulignée.

La répartition des principaux diagnostics par groupe d'âge est sensiblement identique à une exception près (tableau 3-6) : les lésions traumatiques et empoisonnements (5 % pour les moins d'un an contre 10 à 12 % pour les autres groupes d'âge).

Formation et Trousse de prévention des blessures et traumatismes

Il s'agit d'un outil développé dans le cadre du *Programme d'action communautaire pour les enfants* (PACE) et ayant pour objet de répondre aux demandes de plusieurs intervenants-familles œuvrant dans les organismes communautaires et le réseau des CLSC. Malgré des attitudes positives à l'égard de la prévention des blessures chez les enfants – blessures souvent évitables – plusieurs intervenants effectuant des visites à domicile ne se sentent pas bien préparés et disent manquer de formation, de matériel éducatif et de temps. Ainsi, un programme de formation est offert dans la région de l'Estrie sur l'ensemble des risques et des interventions préventives réputées efficaces pour réduire le risque de blessures. Le livre de référence *Prévenons les blessures chez nos enfants : guide à l'intention des intervenants* fournit l'essentiel du contenu de cette formation. Ce guide cible les risques entourant les enfants de 12 ans ou moins, en considérant non seulement le stade de développement et le cadre de vie familiale, mais également les différents environnements où évoluent le enfants : notamment la route, le domicile, la ferme ainsi que les lieux de pratique d'activités sportives ou récréatives.

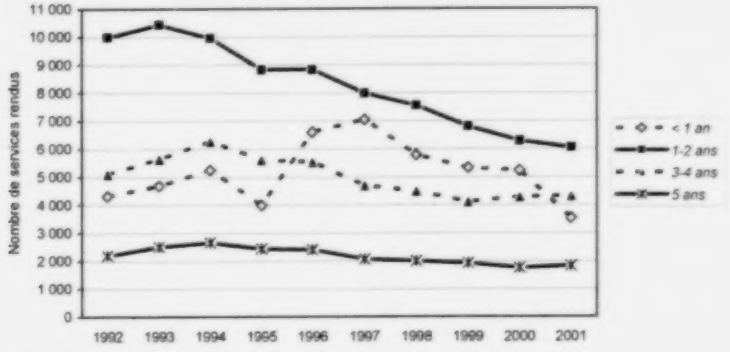
Par ailleurs, dans le cadre du *Programme intégré d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité*, les intervenants des CLSC de l'Estrie devraient éventuellement présenter et distribuer une trousse de prévention des blessures et traumatismes aux participants. Il s'agit d'une trousse de sécurité contenant des outils pour aider les parents à mieux faire face aux événements potentiellement dangereux pouvant survenir à domicile, dans le but d'atténuer la gravité des blessures. On trouve dans cette trousse un détecteur de fumée, un tapis antidérapant pour le bain, des boutons de sécurité pour les poignées de porte, des fermetures d'armoire, des couvre-prises de courant, des autocollants du Centre anti-poison et des dépliants de promotion de la sécurité et de la prévention à domicile.

3.3.2 Les pédiatres

Le nombre annuel de services rendus par les pédiatres auprès des enfants de 0 à 5 ans de l'Estrie n'est pas constant pour la décennie 1992-2001. Ce nombre se situe entre 21 000 et 24 000 pour la période 1992-1997, puis diminue progressivement jusqu'à 15 700 en 2001.

Les enfants de 1 à 2 ans sont les plus touchés par cette baisse, le nombre annuel chutant d'environ 10 000 en 1992-1994 à seulement 6 000 en 2001, une baisse de 40 % (figure 3-5). Chez les moins d'un an, le nombre annuel de services rendus passe de 4 000-5 000 (période 1992-1995) à 5 000-7 000 (période 1996-2000), puis à 3 500 en 2001. Pour les 3 à 4 ans, l'ampleur de la diminution est moindre, soit de plus de 5 000 interventions par an (période 1992-1996) à un peu plus de 4 000 par an (période 1999-2001). Les services rendus aux enfants de 5 ans par les pédiatres varient peu au cours de la décennie, se situant aux environs de 1 800 en 2000-2001.

Figure 3-5
Nombre de services rendus par les pédiatres par année et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001



Source : RAMQ, 1992-2001.

La répartition croisée du territoire où sont rendus les services par les pédiatres et du territoire de résidence des jeunes enfants fait ressortir la très grande disparité intrarégionale et certains changements temporels (tableaux 3-7 et 3-8).

Tout d'abord, la proportion de valeurs manquantes pour la région de prestation des services est négligeable (0,3 %) pour le territoire de l'Estrie et pour presque toutes les MRC (tableaux 3-7). La seule exception est la MRC d'Asbestos où le lieu de prestation était inconnu pour 22 % des services rendus en 1993-1995 (tableau 3-8 et annexe 3-5).

La plupart des services (94 %) sont rendus en Estrie, plus particulièrement dans La Région-Sherbrookoise (89 %), alors que près de 6 % des services sont rendus dans les autres régions du Québec (tableau 3-7). Les enfants de la majorité des MRC reçoivent la presque totalité des services des pédiatres en Estrie (94 à 98 %), sauf ceux du Granit (51 % des services) et ceux d'Asbestos (56 % des services). Les enfants de ces deux MRC périphériques fréquentent souvent les pédiatres des régions limitrophes (Chaudière-Appalaches, Mauricie et Centre-du-Québec) (détail à l'annexe 3-4). Alors que la majorité des enfants ayant eu des services d'un pédiatre et qui résident dans La Région-Sherbrookoise ont reçu les services dans leur MRC de résidence, les enfants résidant dans la MRC de Memphrémagog se partagent entre les pédiatres de La Région-Sherbrookoise (59 %) et ceux de leur MRC de résidence (35 %). Bref, de façon générale, chez les Estriens de 0 à 5 ans, les interventions des pédiatres ont lieu essentiellement dans La Région-Sherbrookoise, dans Memphrémagog et hors-Estrie.

Le volume régional des services rendus par les pédiatres a diminué de 25 % de 1993-1995 à 1999-2001 (tableau 3-8 et annexe 3-5). Deux territoires se démarquent de cette tendance : Le Granit (hausse de 17 %) et Asbestos (volume stable). Dans les deux cas, une contribution accrue des pédiatres hors-région explique cette situation particulière.

Le nombre de pédiatres en Estrie fluctue peu pendant la période 1994-2000, soit de 21 à 25 spécialistes[3]. Conséquemment, la baisse du nombre de services rendus par les pédiatres estriens serait attribuable à des changements de pratique, tels que la réduction du nombre d'heures de disponibilité, plutôt qu'à une diminution des effectifs.

Tableau 3-7
Services des pédiatres, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001

	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES PÉDIATRES SONT RENDUS										
		ESTRIE									
TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TOUS LES TERRITOIRES	MRC de résidence		MRC de La Région-Sherbrookoise		TOTAL		AUTRES RÉGIONS		RÉGION INCONNUE	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	4 429	2	0,0	2 227	50,3	2 239	**50,6**	2 121	**47,9**	69	1,6
Asbestos	5 079	1	0,0	2 855	56,2	2 863	**56,4**	1 800	**35,4**	416	8,2
Haut-Saint-François	13 030	0	0,0	12 545	96,3	12 599	96,7	420	3,2	11	0,1
Val-Saint-François	18 645	138	0,7	17 247	92,5	17 473	93,7	1 154	6,2	18	0,1
Région-Sherbrookoise	114 212	109 781	**96,1**			110 749	97,0	3 417	3,0	46	0,0
Coaticook	10 002	0	0,0	9 658	96,6	9 749	97,5	244	2,4	9	0,1
Memphrémagog	29 076	10054	**34,6**	17 130	**58,9**	27 187	93,5	1 851	6,4	38	0,1
Inconnu	11 691		–	11 244	–	11 303	–	377	–	11	–
ESTRIE	206 164	119 976	58,2	182 687	**88,6**	194 162	**94,2**	11 384	**5,5**	618	**0,3**

(Détail à l'annexe 3-4)

Notes : Tous les pourcentages sont calculés sur le nombre total (N tous les territoires) pour un lieu de résidence donné
Source : RAMQ, 1992-2001.

[3] Régie de l'assurance maladie du Québec, statistiques annuelles, 1994-2000

Tableau 3-8
Services des pédiatres, par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES PÉDIATRES SONT RENDUS										
	TOUS LES TERRITOIRES			ESTRIE		MRC DE RÉSIDENCE		AUTRES RÉGIONS		RÉGION INCONNUE	
	1993-1995	1999-2001	Variation temporelle	1993-1995	1999-2001	1993-1995	1999-2001	1993-1995	1999-2001	1993-1995	1999-2001
	N	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Granit	1 221	1 432	**17,3**	57,4	47,6	0,1	0,1	38,9	52,4	3,7	0,0
Asbestos	1 422	1 422	**0,0**	56,7	60,4	0,0	0,1	21,2	39,5	**22,2**	0,1
Haut-Saint-François	4 265	3 545	-16,9	97,1	96,2	0,0	0,0	2,7	3,7	0,2	0,1
Val-Saint-François	6 187	4 378	-29,2	94,7	93,0	1,2	0,7	5,2	6,9	0,1	0,0
Région-Sherbrookoise	39 062	28 158	-27,9	97,4	96,8	97,1	95,7	2,6	3,2	0,1	0,1
Coaticook	3 630	2 366	-34,8	97,9	97,8	0,0	0,0	2,0	2,1	0,1	0,1
Memphrémagog	8 527	6 992	-18,0	93,6	92,6	24,7	28,2	6,2	7,2	0,1	0,2
Inconnu	3 952	3 057	-22,6	--	--	--	--	--	--	--	--
ESTRIE	68 266	51 350	**-24,8**	95,1	93,4	58,8	56,4	4,3	6,5	0,6	0,1

(Détail à l'annexe 3-5)
Source : RAMQ, 1993-2001.

Lieu de service

Au cours de la décennie 1992-2001, les pédiatres ont surtout offert leurs services en cabinet privé (deux événements sur trois). Les autres cas (un événement sur trois) concernent les centres hospitaliers, plus fréquemment hors des urgences (28 % en moyenne) qu'en salle d'urgence (5 % en moyenne) (tableau 3-9 et annexe 3-6). L'évolution temporelle (1993-1995 à 1999-2001) montre une diminution des services en cabinet privé (de 69 à 64 %) au profit des services en urgence de centre hospitalier (de 3 à 8 %) et une stabilité des services en centre hospitalier hors des urgences.

C'est dans la MRC de La Région-Sherbrookoise que l'importance relative des cabinets privés est la plus élevée (68 %) et le recours aux services en centre hospitalier hors-urgence le plus bas (25 %), en 1999-2001. À l'opposé, les jeunes enfants de la MRC du Granit reçoivent une majorité (63 %) de services par les pédiatres en centre hospitalier hors-urgence et ce sont ceux qui fréquentent le moins les cabinets privés (31 % des cas) (tableau 3-9). On observe une situation intermédiaire dans la MRC d'Asbestos : 54 % en cabinet privé et 37 % en centre hospitalier hors-urgence. Les services rendus en urgence de centre hospitalier avoisinent un cas sur treize (8 %) en 1999-2001, sans différence notable entre les territoires de MRC de l'Estrie.

Tableau 3-9
Type de lieux où les services des pédiatres sont rendus, par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001

	TYPE DE LIEUX OÙ LES SERVICES DES PÉDIATRES SONT RENDUS											
	CABINETS PRIVÉS				CH - URGENCES				CH - SAUF URGENCES			
TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	1993-1995		1999-2001		1993-1995		1999-2001		1993-1995		1999-2001	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	445	36,4	440	**30,7**	49	4,0	93	6,5	727	59,5	899	**62,8**
Asbestos	725	51,0	767	**53,9**	62	4,4	127	8,9	635	44,7	528	**37,1**
Haut-Saint-François	2 689	63,0	2 187	61,7	172	4,0	284	8,0	1 404	32,9	1 074	30,3
Val-Saint-François	3 690	59,6	2 645	60,4	239	3,9	396	9,0	2 258	36,5	1 337	30,5
Région-Sherbrookoise	28 285	72,4	19 029	**67,6**	1 091	2,8	2 057	7,3	9 686	24,8	7 072	**25,1**
Coaticook	2 461	67,8	1 406	59,4	159	4,4	206	8,7	1 010	27,8	754	31,9
Memphrémagog	6 142	72,0	4 307	61,6	302	3,5	578	8,3	2 083	24,4	2 107	30,1
Inconnu	2 960	74,9	1 846	60,4	121	3,1	252	8,2	871	22,0	957	31,3
ESTRIE	47 397	**69,4**	32 627	**63,5**	2 195	**3,2**	3 993	**7,8**	18 674	27,4	14 728	**28,7**

(Détail à l'annexe 3-6)
Source : RAMQ, 1993-2001.

Diagnostics

Un diagnostic est produit pour 90 % des services rendus par les pédiatres auprès des enfants de 0 à 5 ans. Les maladies de l'appareil respiratoire et celles du système nerveux et des organes des sens sont invoquées dans deux cas sur cinq (28 % et 12 % respectivement).

Les diagnostics majeurs des maladies respiratoires sont les affections aiguës des voies respiratoires (16 %), les maladies pulmonaires obstructives chroniques et affections connexes (5 %) et les autres maladies des voies respiratoires supérieures (4 %) (tableau 3-10). Les maladies du système nerveux et des organes des sens sont largement dominées par les maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (10 %).

Tableau 3-10
Principaux diagnostics lors des services rendus par les pédiatres par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001

	< 1 an		1-2 ans		3-4 ans		5 ans		0-5 ans	
Diagnostic	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Affections aiguës des voies respiratoires	7 857	15,2	13 574	16,4	8 059	16,1	3 204	14,7	32 694	**15,9**
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	4 680	9,0	9 722	11,8	4 945	9,9	1 849	8,5	21 196	**10,3**
Examens et investigations d'individus et de populations	5 852	11,3	8 497	10,3	4 274	8,5	2 095	9,6	20 718	10,0
Symptômes, signes et états morbides mal définis	4 943	9,6	6 887	8,3	4 655	9,3	2 223	10,2	18 708	9,1
Maladies de l'appareil digestif	4 871	**9,4**	5 257	6,4	2 340	4,7	837	**3,8**	13 305	6,5
Maladies infectieuses et parasitaires	2 724	5,3	4 311	5,2	2 720	5,4	1 260	5,8	11 015	5,3
Maladies pulmonaires obstructives chroniques et affections connexes	1 457	2,8	4 014	4,9	3 046	6,1	1 315	6,0	9 832	**4,8**
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	2 732	5,3	4 097	5,0	2 067	4,1	842	3,9	9 738	4,7
Autres maladies des voies respiratoires supérieures	840	**1,6**	2 988	3,6	2 538	5,1	1 422	**6,5**	7 788	3,8
Maladies des organes génito-urinaires	1 733	3,4	1 853	2,2	1 605	3,2	629	2,9	5 820	2,8
Sujets ayant recours aux services de santé	1 784	3,4	1 894	2,3	679	1,4	285	1,3	4 642	2,3
Pneumonie et grippe	730	1,4	1 913	2,3	1 210	2,4	425	2,0	4 278	2,1
Lésions traumatiques et empoisonnements	745	1,4	1 801	2,2	1 108	2,2	461	2,1	4 115	**2,0**
Troubles mentaux	311	0,6	1 323	1,6	1 612	3,2	791	3,6	4 037	2,0
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	525	1,0	992	1,2	826	1,7	346	1,6	2 689	1,3
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	394	0,8	811	1,0	461	0,9	220	1,0	1 886	0,9
Autres diagnostics	4 309	8,3	4 452	5,4	2 570	5,1	1 301	6,0	12 632	6,1
Non relié à un diagnostic / diagnostic absent	5 229	10,1	8 285	10,0	5 321	10,6	2 236	10,3	21 071	10,2
TOTAL	51 716	100,0	82 671	100,0	50 036	100,0	21 741	100,0	206 164	100,0

Source : RAMQ, 1992-2001.

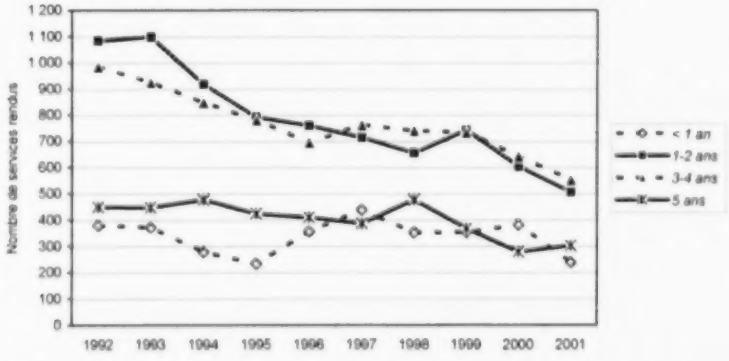
La répartition des diagnostics des pédiatres diffère peu d'un groupe d'âge à l'autre, à deux exceptions près. Les maladies de l'appareil digestif sont plus souvent mentionnées chez les enfants de moins d'un an (9 %) que chez ceux de 5 ans (4 %), alors que les autres maladies des voies respiratoires supérieures augmentent avec l'âge, de 2 % chez les enfants de moins d'un an à 7 % chez les enfants de 5 ans. Finalement, la répartition des diagnostics ne varie pas substantiellement en fonction du sexe des enfants.

Dans l'ensemble, la répartition des principaux diagnostics formulés par les pédiatres est assez semblable à celle des omnipraticiens (tableaux 3-6 et 3-10). Les pédiatres reçoivent moins d'enfants que les omnipraticiens pour les maladies des voies respiratoires (28 % contre 33 %) et celles du système nerveux et des organes des sens (12 %contre 16 %. L'écart le plus important concerne les lésions traumatiques et empoisonnements, au 13e rang (2 %) pour les pédiatres (tableau 3-10) par comparaison au 3e rang (10 %) pour les omnipraticiens (tableau 3-6).

3.3.3 Les chirurgiens

De façon générale, on observe une diminution très marquée (45 %) du nombre de services rendus par les chirurgiens auprès des enfants de 0 à 5 ans de l'Estrie, de 2 900 en 1992 à 1 600 en 2001. Deux groupes d'âge sont particulièrement affectés par cette diminution, les 1 à 2 ans et les 3 à 4 ans (figure 3-6). La baisse est moins accentuée et plus récente (depuis 1999) chez les enfants de 5 ans. Les variations annuelles sont d'une grande amplitude chez les moins d'un an (230 à 440 cas par an), sans dessiner une tendance nette.

Figure 3-6
Nombre de services rendus par les chirurgiens par année et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001



Source : RAMQ, 1992-2001.

La répartition croisée du territoire où sont rendus les services des chirurgiens et du territoire de résidence des enfants présente plusieurs similitudes avec celle obtenue pour les pédiatres (tableau 3-11 et 3-12). La plupart des services (87 %) sont rendus en Estrie, surtout dans la MRC de La Région-Sherbrookoise (82 %). C'est donc dire, à l'exception des enfants de La Région-Sherbrookoise, que peu ou pas d'enfants reçoivent des services de chirurgiens dans leur MRC de résidence. Seuls ceux de la MRC du Granit fréquentent des chirurgiens de leur MRC pour une part appréciable (36 %) de leurs besoins (tableau 3-11).

Les services de chirurgiens reçus hors-région sont majoritairement offerts dans la région de Montréal-Centre (9 %, soit les deux tiers des cas); il s'agit vraisemblablement de soins hautement spécialisés constituant, selon la MRC, de 6 % à 15 % des services offerts par les chirurgiens (annexe 3-7). À noter qu'un enfant sur quatre de la MRC du Granit fréquente les chirurgiens de Chaudière-Appalaches et qu'un enfant sur cinq de la MRC d'Asbestos recourt aux chirurgiens de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Tableau 3-11
Services des chirurgiens, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES CHIRURGIENS SONT RENDUS										
	TOUS LES TERRITOIRES	ESTRIE						AUTRES RÉGIONS		RÉGION INCONNUE	
		MRC de résidence		MRC de La Région-Sherbrookoise		TOTAL					
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	1 429	507	**35,5**	363	25,4	870	60,9	550	38,5	9	0,6
Asbestos	818	35	4,3	497	60,8	534	65,3	275	33,6	9	1,1
Haut-Saint-François	1 617	1	0,1	1 450	89,7	1 461	90,4	156	9,6	0	0,0
Val-Saint-François	2 226	9	0,4	1 842	82,7	1 852	83,2	374	16,8	0	0,0
Région-Sherbrookoise	11 156	10 124	**90,7**			10 160	91,1	995	8,9	1	0,0
Coaticook	1 492	76	5,1	1 304	87,4	1 380	92,5	112	7,5	0	0,0
Memphrémagog	2 670	355	13,3	1 792	67,1	2 148	80,4	520	19,5	2	0,1
Inconnu	1 509		--	1 394	--	1 408	--	101	--	0	--
ESTRIE	22 917	11 107	48,5	18 766	**81,9**	19 813	**86,5**	3 083	13,5	21	0,1

(Détail à l'annexe 3-7)

Notes : Tous les pourcentages sont calculés sur le nombre total (N tous les territoires) pour un lieu de résidence donné.
Source : RAMQ, 1992-2001.

Tableau 3-12
Services des chirurgiens, par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES CHIRURGIENS SONT RENDUS											
	TOUS LES TERRITOIRES			ESTRIE		MRC DE RÉSIDENCE		AUTRES RÉGIONS		RÉGION INCONNUE		
	1993-1995	1999-2001	Variation temporelle	1993-1995	1999-2001	1993-1995	1999-2001	1993-1995	1999-2001	1993-1995	1999-2001	
	N	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Granit	403	392	**-2,7**	59,6	59,7	33,3	31,6	38,7	40,3	1,7	0,0	
Asbestos	238	223	**-6,3**	70,2	57,8	5,0	5,4	28,2	42,2	1,7	0,0	
Haut-Saint-François	548	437	-20,3	89,1	93,4	0,0	0,0	10,9	6,6	0,0	0,0	
Val-Saint-François	710	534	-24,8	82,8	83,7	0,6	0,2	17,2	16,3	0,0	0,0	
Région-Sherbrookoise	3 747	2 705	-27,8	91,8	90,4	91,6	90,2	8,2	9,6	0,0	0,0	
Coaticook	522	357	-31,6	96,0	90,8	4,8	3,1	4,0	9,2	0,0	0,0	
Memphrémagog	852	716	-16,0	85,2	78,1	17,7	9,1	14,7	21,9	0,1	0,0	
Inconnu	565	332	-41,2	–	–	–	–	–	–	–	–	
ESTRIE	7 585	5 696	**-24,9**	87,9	85,3	49,6	46,6	11,9	14,7	0,2	0,0	

(Détail à l'annexe 3-8)
Source : RAMQ, 1993-2001.

La diminution de 25 % en Estrie, entre 1993-1995 et 1999-2001, du nombre d'interventions faites par les chirurgiens touche toutes les MRC. Toutefois, la baisse est plus faible dans deux territoires (Le Granit et Asbestos, diminution de 3 et de 6 %) par comparaison aux autres MRC (diminution de 16 à 32 %) (tableau 3-12 et annexe 3-8). Les services rendus en Estrie tendent à diminuer de 3 % au profit des services rendus hors-région.

Lieu de service

On observe des changements importants dans les lieux de prestation des services par les chirurgiens au cours de la dernière décennie (tableau 3-13 et annexe 3-9). En Estrie, les services rendus en centre hospitalier hors-urgence sont à la hausse, passant de 57 % en 1993-1995 à 71 % en 1999-2001. La même situation caractérise les urgences des centres hospitaliers (de 12 % à 17 % pour les mêmes périodes). Conséquemment, on assiste à une baisse majeure des interventions en cabinet privé par les chirurgiens, de 31 % en 1993-1995 à seulement 12 % en 1999-2001. Ces tendances régionales se reflètent, en intensité variable, dans chacune des MRC de la région.

Tableau 3-13
Type de lieux où les services des chirurgiens sont rendus, par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TYPE DE LIEUX OÙ LES SERVICES DES CHIRURGIENS SONT RENDUS											
	CABINETS PRIVÉS				CH - URGENCES				CH - SAUF URGENCES			
	1993-1995		1999-2001		1993-1995		1999-2001		1993-1995		1999-2001	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	44	10,9	33	8,4	65	16,1	75	19,1	294	73,0	284	72,4
Asbestos	47	19,7	18	8,1	21	8,8	27	12,1	170	71,4	178	79,8
Haut-Saint-François	110	20,1	45	10,3	78	14,2	72	16,5	360	65,7	320	73,2
Val-Saint-François	143	20,1	69	12,9	107	15,1	106	19,9	460	64,8	359	67,2
Région-Sherbrookoise	1 407	37,6	370	13,7	423	11,3	469	17,3	1 917	51,2	1 866	69,0
Coaticook	81	15,5	32	9,0	67	12,8	60	16,8	374	71,6	265	74,2
Memphrémagog	210	24,6	64	8,9	93	10,9	110	15,4	549	64,4	542	75,7
Inconnu	270	47,8	28	8,4	66	11,7	66	19,9	229	40,5	238	71,7
ESTRIE	2 312	**30,5**	659	**11,6**	920	**12,1**	985	**17,3**	4 353	**57,4**	4 052	**71,1**

(Détail à l'annexe 3-9)
Source : RAMQ, 1993-2001.

Diagnostics

Les garçons de 0 à 5 ans sont sujets plus fréquemment que les filles à des interventions par des chirurgiens (57 % contre 43 %). La proportion de garçons atteint même 61 % chez les moins d'un an.

La répartition des diagnostics lors des services rendus par les chirurgiens diffère beaucoup de celles des omnipraticiens et des pédiatres. Trois groupes de diagnostics contribuent à près de la moitié des interventions : les lésions traumatiques et empoisonnements (24 %), les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (13 %) et les maladies de l'appareil digestif (11 %) (tableau 3-14).

Les lésions traumatiques et empoisonnements s'avèrent le diagnostic le plus important lors de services rendus aux enfants de 0 à 5 ans par des chirurgiens (24 %). L'importance relative de ces lésions et empoisonnements, dominée par les fractures des membres (deux cas sur trois), augmente avec l'âge des enfants, allant de 12 % chez les enfants de moins d'un an à 31 % chez ceux de 5 ans. Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif – second diagnostic en importance – concernent pour la plupart des interventions (90 %) des rhumatismes articulaires, ostéopathies et

chondropathies. Les maladies de l'appareil digestif incluent en particulier les hernies abdominales (60 % des cas); ces interventions au niveau du système digestif par les chirurgiens sont beaucoup plus fréquentes chez les moins d'un an (21 %) que chez les autres groupes d'âge (9 à 10 %) (tableau 3-14).

Tableau 3-14
Principaux diagnostics lors des services rendus par les chirurgiens par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001

	< 1 an		1-2 ans		3-4 ans		5 ans		0-5 ans	
Diagnostic	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lésions traumatiques et empoisonnements	404	12,0	1 705	21,7	2 189	28,6	1 251	**31,2**	5 549	**24,2**
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	332	9,8	1 189	15,1	1 024	13,4	435	10,8	2 980	**13,0**
Maladies de l'appareil digestif	707	**20,9**	702	8,9	669	8,7	383	9,5	2 461	**10,7**
Symptômes, signes et états morbides mal définis	156	4,6	414	5,3	323	4,2	126	3,1	1 019	4,4
Anomalies congénitales	189	5,6	168	2,1	353	4,6	289	7,2	999	4,4
Tumeurs	164	4,9	286	3,6	217	2,8	142	3,5	809	3,5
Examens et investigations d'individus et de populations	89	2,6	210	2,7	164	2,1	62	1,5	525	2,3
Maladies du système nerveux et des organes des sens	78	2,3	189	2,4	157	2,0	96	2,4	520	2,3
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	81	2,4	173	2,2	112	1,5	89	2,2	455	2,0
Maladies de l'appareil respiratoire	27	0,8	107	1,4	92	1,2	43	1,1	269	1,2
Maladies des organes génito-urinaires	69	2,0	95	1,2	60	0,8	31	0,8	255	1,1
Autres diagnostics	162	4,8	299	3,8	280	3,7	168	4,2	909	4,0
Non relié à un diagnostic / diagnostic absent	917	27,2	2 331	29,6	2 020	26,4	899	22,4	6 167	26,9
TOTAL	3 375	100,0	7 868	100,0	7 660	100,0	4 014	100,0	22 917	100,0

Source : RAMQ, 1992-2001.

La prédominance des garçons est marquée pour deux des trois principaux groupes de diagnostics : les lésions traumatiques et empoisonnements (57 %) et les maladies de l'appareil digestif (72 %). En conséquence, les maladies de l'appareil digestif justifient deux fois plus chez les garçons (14 %) que chez les filles (7 %) les interventions des chirurgiens.

3.3.4 Les autres médecins spécialistes

Tous les services rendus par les médecins spécialistes, sauf ceux déjà traités précédemment (pédiatres et chirurgiens), sont regroupés dans la présente section. Au cours de la décennie 1992-2001, les enfants de 0 à 5 ans de l'Estrie ont bénéficié d'interventions associées à 29 de ces spécialités médicales. La répartition des services rendus par les 15 principales spécialités selon le sexe permet certains constats (tableau 3-15).

Tableau 3-15
Nombre de services rendus par spécialité médicale, sauf les pédiatres et les chirurgiens, par sexe, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001

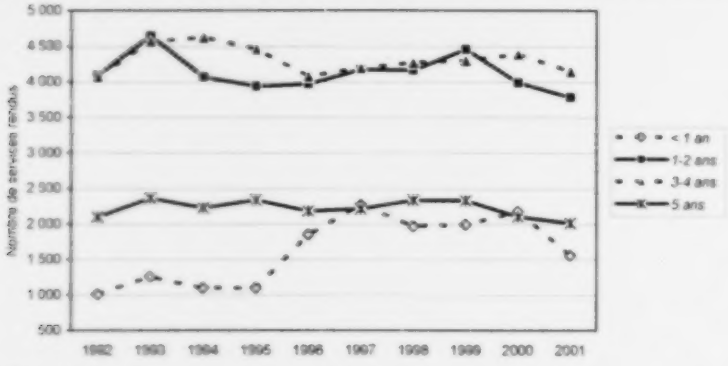
	FILLES		GARÇONS		TOUS	
Spécialité médicale	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Oto-rhino-laryngologie (ORL)	16 005	30,8	23 173	32,6	39 178	**31,9**
Ophtalmologie	10 198	**19,7**	10 639	15,0	20 837	**17,0**
Radiologie diagnostique	9 087	17,5	10 546	14,9	19 633	**16,0**
Urologie	650	1,3	6 698	**9,4**	7 348	6,0
Dermatologie	3 554	6,8	3 548	5,0	7 102	5,8
Neurologie	2 281	4,4	3 527	5,0	5 808	4,7
Pneumologie	2 095	4,0	2 986	4,2	5 081	4,1
Cardiologie	2 108	4,1	1 961	2,8	4 069	3,3
Ultrasonographie	1 162	2,2	1 242	1,7	2 404	2,0
Allergie et immunologie clinique	642	1,2	1 035	1,5	1 677	1,4
Médecine nucléaire	716	1,4	845	1,2	1 561	1,3
Psychiatrie	316	0,6	952	1,3	1 268	1,0
Hématologie	578	1,1	635	0,9	1 213	1,0
Anesthésie-réanimation	383	0,7	722	1,0	1 105	0,9
Endocrinologie	443	0,9	605	0,9	1 048	0,9
Autres spécialités	1 674	3,2	1 860	2,6	3 534	2,9
TOTAL	51 892	100,0	70 974	100,0	122 866	100,0

Source : RAMQ, 1992-2001.

Trois spécialités médicales regroupent près des deux tiers (65 %) des services offerts : l'oto-rhino-laryngologie (32 %), l'ophtalmologie (17 %) et la radiologie diagnostique (16 %). Pour l'ensemble des spécialités, les garçons reçoivent plus de services que les filles (58 % contre 42 %). Le recours à certains spécialistes varie en fonction du sexe des enfants. Les différences les plus importantes concernent l'urologie (9 % pour les garçons et 1 % pour les filles) et l'ophtalmologie (20 % pour les filles et 15 % pour les garçons).

Les variations temporelles du nombre de services rendus par les médecins spécialistes (à l'exception des pédiatres et chirurgiens) sont d'une ampleur moindre que celles des pédiatres et chirurgiens. Le nombre annuel avoisine 4 000 à 4 500 chez les 1 à 2 ans et les 3 à 4 ans, tandis qu'il dépasse à peine 2 000 dans le groupe des 5 ans (figure 3-7). Pour les enfants de moins d'un an, le nombre annuel d'interventions passe d'environ 1 000 de 1992 à 1995, à environ 2 000 de 1996 à 2000, puis à 1 500 en 2001. En 2001, on observe une diminution pour les quatre groupes d'âge.

Figure 3-7
Nombre de services rendus par les médecins spécialistes, sauf les pédiatres et les chirurgiens, par année et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001



Source : RAMQ, 1992-2001.

Le croisement du lieu de résidence des enfants et du lieu où les services des autres spécialistes médicaux sont rendus révèle qu'une forte majorité des services (89 %) sont offerts en Estrie, presque toujours dans La Région-Sherbrookoise (86 %). Seule une faible partie des services (de 5 à 12 %) de quatre territoires (Le Granit, Asbestos, Coaticook et Memphrémagog) sont reçus par les enfants dans leur MRC de résidence (tableau 3-16).

Une intervention sur neuf (11 %) a lieu en dehors de la région de l'Estrie, en particulier dans la région de Montréal-Centre (6 %). Ces services reçus hors-région bénéficient à des enfants de toutes les MRC de l'Estrie. Deux MRC se démarquent par une forte proportion de services (32 % et 38 %) reçus hors-région, soit Le Granit (recours surtout à des spécialistes de Chaudière-Appalaches) et Asbestos (surtout des spécialistes de la Mauricie et du Centre-du-Québec) (annexe 3-10).

La variation temporelle du nombre de services rendus par les médecins spécialistes (sauf pédiatres et chirurgiens) est très faible (hausse de 2 %) entre 1993-1995 à 1999-2001 (tableau 3-17). Cette stabilité régionale ne se reflète pas sur le plan des MRC. On observe une augmentation de 8 % dans La Région-Sherbrookoise et une diminution de l'ordre de 13 à 15 % dans trois MRC (Asbestos, Coaticook et Memphrémagog).

Tableau 3-16
Services des médecins spécialistes (sauf pédiatres et chirurgiens), selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES AUTRES MÉDECINS SPÉCIALISTES SONT RENDUS										
	TOUS LES TERRITOIRES	ESTRIE						AUTRES RÉGIONS		RÉGION INCONNUE	
		MRC de résidence		MRC de La Région-Sherbrookoise		TOTAL					
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	6 523	585	**9,0**	3 786	58,0	4 371	67,0	2 116	**32,4**	36	0,6
Asbestos	5 010	268	**5,3**	2 683	53,6	2 954	59,0	1 903	**38,0**	153	3,1
Haut-Saint-François	8 171	0	0,0	7 595	93,0	7 611	93,1	557	6,8	3	0,0
Val-Saint-François	11 904	34	0,3	10 403	87,4	10 456	87,8	1 442	12,1	6	0,1
Région-Sherbrookoise	63 012	58 645	**93,1**			58 776	93,3	4 223	6,7	13	0,0
Coaticook	6 634	583	**8,8**	5 592	84,3	6 193	93,4	441	6,6	0	0,0
Memphrémagog	15 139	1 781	**11,8**	11 230	74,2	13 033	86,1	2 106	13,9	0	0,0
Inconnu	6 473		--	5 986	--	6 005	--	466	--	2	--
ESTRIE	122 866	61 896	50,4	105 920	86,2	109 399	**89,0**	13 254	**10,8**	213	0,2

(Détail à l'annexe 3-10)

Notes : Tous les pourcentages sont calculés sur le nombre total (N tous les territoires) pour un lieu de résidence donné.
Source : RAMQ, 1992-2001.

Tableau 3-17
Services des médecins spécialistes (sauf pédiatres et chirurgiens), par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES AUTRES MÉDECINS SPÉCIALISTES SONT RENDUS										
	TOUS LES TERRITOIRES			ESTRIE		MRC DE RÉSIDENCE		AUTRES RÉGIONS		RÉGION INCONNUE	
	1993-1995	1999-2001	Variation temporelle	1993-1995	1999-2001	1993-1995	1999-2001	1993-1995	1999-2001	1993-1995	1999-2001
	N	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Granit	1 903	1 992	4,7	70,4	65,5	**3,0**	**15,3**	**28,7**	**34,5**	0,9	0,0
Asbestos	1 673	1 453	**-13,2**	61,0	53,8	5,0	6,7	**31,8**	**46,2**	7,2	0,0
Haut-Saint-François	2 600	2 452	-5,7	91,2	95,1	0,0	0,0	8,8	4,9	0,0	0,0
Val-Saint-François	3 438	3 377	-1,8	87,4	87,1	0,0	0,5	12,5	12,9	0,1	0,0
Région-Sherbrookoise	18 110	19 638	**8,4**	93,8	92,7	93,6	92,4	6,1	7,3	0,0	0,0
Coaticook	2 106	1 829	**-13,2**	96,7	90,8	12,8	2,6	**3,3**	**9,2**	0,0	0,0
Memphrémagog	5 072	4 278	**-15,7**	89,4	82,1	19,9	7,6	**10,6**	**17,9**	0,0	0,0
Inconnu	1 783	2 215	24,2	--	--	--	--	--	--	--	--
ESTRIE	36 685	37 234	**1,5**	89,9	88,0	50,1	50,9	9,7	12,0	0,4	0,0

(Détail à l'annexe 3-11)

Source : RAMQ, 1993-2001.

La proportion des services offerts en Estrie par les autres spécialistes ne varie pas de façon notable de 1993-1995 à 1999-2001. Toutefois, on remarque des exceptions sous-régionales à cette situation. Le recours aux services offerts hors-région est en hausse dans les territoires du Granit, d'Asbestos, de Coaticook et de Memphrémagog (tableau 3-17 et annexe 3-11). Pour la même période, les services rendus dans la MRC de résidence sont en hausse dans la MRC du Granit et en baisse dans deux autres MRC (Coaticook et Memphrémagog).

Lieu du service

Les interventions des médecins spécialistes (sauf pédiatres et chirurgiens) auprès des enfants de 0 à 5 ans de l'Estrie sont réalisées majoritairement dans les centres hospitaliers hors-urgence (57 % en moyenne) pour la décennie 1992-2001, sans variation temporelle importante (tableau 3-18 et annexe 3-12). La part des cabinets privés comme lieu d'intervention diminue au cours des années, de 37 % en 1993-1995 à 26 % en 1999-2001. À l'opposé, la part des autres lieux (laboratoires diagnostiques, cliniques privées, CLSC et autres) est en progression régulière de 7 % en 1993-1995 à 16 % en 1999-2001.

La diminution des services reçus dans les cabinets privés pour les autres spécialités médicales s'observe dans toutes les MRC (tableau 3-18). Ce changement est particulièrement marqué dans la MRC de Memphrémagog, où l'on passe de 47 % à 26 % entre 1993-1995 et 1999-2001. De plus, dans cette MRC et dans celle du Granit, les services rendus en centre hospitalier hors-urgence augmentent substantiellement (hausse de 17 % et de 12 %). Finalement, les autres lieux comme lieu de service, en 1999-2001, sont relativement plus fréquentés dans La Région-Sherbrookoise (21 %) qu'ils ne le sont dans les autres MRC de la région (de 1 % à 14 %).

Tableau 3-18
Type de lieux où les services des médecins spécialistes (sauf pédiatres et chirurgiens) sont rendus, par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001

	TYPE DE LIEUX OÙ LES SERVICES DES AUTRES MÉDECINS SPÉCIALISTES SONT RENDUS															
	CABINETS PRIVÉS				CH - URGENCES				CH - SAUF URGENCES				Autres lieux (voir note)			
TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	1993-1995		1999-2001		1993-1995		1999-2001		1993-1995		1999-2001		1993-1995		1999-2001	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	610	32,1	412	20,7	26	1,4	8	0,4	1 255	65,9	1 547	77,7	12	0,6	25	1,3
Asbestos	426	25,5	282	19,4	16	1,0	9	0,6	1 187	71,0	1 106	76,1	44	2,6	56	3,9
Haut-Saint-François	918	35,3	709	28,9	22	0,8	17	0,7	1 521	58,5	1 386	56,5	139	5,3	340	13,9
Val-Saint-François	1 134	33,0	972	28,8	37	1,1	13	0,4	2 118	61,6	2 004	59,3	149	4,3	388	11,5
Région-Sherbrookoise	6 571	36,3	5 204	26,5	179	1,0	97	0,5	9 378	51,8	10 164	51,8	1 982	10,9	4 173	**21,2**
Coaticook	709	33,7	493	27,0	20	0,9	11	0,6	1 350	64,1	1 223	66,9	27	1,3	102	5,6
Memphrémagog	2 368	**46,7**	1 105	**25,8**	29	0,6	24	0,6	2 496	**49,2**	2 832	**66,2**	179	3,5	317	7,4
Inconnu	652	36,6	564	25,5	23	1,3	7	0,3	991	55,6	1 292	58,3	117	6,6	352	15,9
ESTRIE	13 388	**36,5**	9 741	**26,2**	352	1,0	186	0,5	20 296	**55,3**	21 554	**57,9**	2 649	**7,2**	5 753	**15,5**

(Détail à l'annexe 3-12)

Note : Autres lieux inclus laboratoires diagnostiques, CLSC et cliniques privées.
Source : RAMQ, 1993-2001.

Diagnostics

Les diagnostics formulés lors des services rendus par les autres médecins spécialistes sont très nombreux, compte tenu de la diversité des disciplines incluses dans ce regroupement de médecins. Toutefois, un groupe de diagnostics est plus fréquent chez les enfants de 0 à 5 ans, soit les maladies du système nerveux et des organes des sens (39 % des cas), situation reflétant une forte proportion des oto-rhino-laryngologistes parmi les autres médecins spécialistes (tableau 3-15). La quasi-totalité des maladies du système nerveux et des organes des sens se retrouvent parmi les maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (21 %) et les maladies de l'œil et de ses annexes (17 %) (tableau 3-19).

Tableau 3-19
Principaux diagnostics lors des services rendus par les médecins spécialistes (sauf les pédiatres et les chirurgiens), par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001

	< 1 an		1-2 ans		3-4 ans		5 ans		0-5 ans	
Diagnostic	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	2 069	12,7	10 359	25,1	8 666	20,1	4 487	**20,2**	25 581	**20,8**
Maladies de l'œil et de ses annexes	2 135	13,1	5 840	14,1	7 714	17,9	4 645	**20,9**	20 334	**16,5**
Maladies de l'appareil respiratoire	754	4,6	2 952	7,2	4 684	10,9	2 399	**10,8**	10 789	8,8
Examens et investigations d'individus et de populations	2 410	**14,8**	2 663	6,5	2 555	5,9	1 196	5,4	8 824	7,2
Symptômes, signes et états morbides mal définis	1 555	9,6	1 895	4,6	1 939	4,5	1 017	4,6	6 406	5,2
Maladies des organes génito-urinaires	690	4,2	2 047	5,0	2 491	5,8	972	4,4	6 200	5,0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	570	3,5	1 501	3,6	1 062	2,5	481	2,2	3 614	2,9
Anomalies congénitales	731	**4,5**	882	2,1	582	1,4	259	1,2	2 454	2,0
Troubles mentaux	90	0,6	483	1,2	983	2,3	618	2,8	2 174	1,8
Lésions traumatiques et empoisonnements	146	0,9	687	1,7	820	1,9	492	2,2	2 145	1,7
Maladies infectieuses et parasitaires	151	0,9	667	1,6	715	1,7	414	1,9	1 947	1,6
Maladies de l'appareil digestif	473	2,9	609	1,5	558	1,3	248	1,1	1 888	1,5
Tumeurs	359	2,2	566	1,4	622	1,4	310	1,4	1 857	1,5
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	164	1,0	393	1,0	395	0,9	172	0,8	1 124	0,9
Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme	227	1,4	391	0,9	335	0,8	162	0,7	1 115	0,9
Autres diagnostics	1 186	7,3	1 826	4,4	1 593	3,7	762	3,4	5 367	4,4
Non relié à un diagnostic / diagnostic absent	2 569	15,8	7 516	18,2	7 392	17,1	3 570	16,1	21 047	17,1
TOTAL	16 279	100,0	41 277	100,0	43 106	100,0	22 204	100,0	122 866	100,0

Source : RAMQ, 1992-2001.

L'importance relative des interventions réalisées par les médecins spécialistes (sauf les pédiatres et les chirurgiens) présente de fortes variations en fonction de l'âge des enfants. Les maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde sont moins fréquentes chez les moins d'un an (13 %) par comparaison aux autres groupes d'âge (20-25 %), alors que les maladies de l'œil augmentent progressivement, allant de 13 % pour les moins d'un an à 21 % pour les 5 ans (tableau 3-19). Les examens et investigations d'individus et de populations concernent plus souvent les moins d'un an (15 %) que les enfants de 1 à 5 ans (environ 6 %). De plus, les interventions des autres médecins spécialistes relativement aux maladies de l'appareil respiratoire augmentent avec l'âge (de 5 % à 11 %), alors que celles concernant les anomalies congénitales diminuent avec l'âge (de 5 % à 1 %).

Pour certains diagnostics, les écarts entre les filles et les garçons s'éloignent de façon importante du rapport global (42 filles contre 58 garçons) des interventions des autres médecins spécialistes. Mentionnons en premier lieu les maladies des organes génito-urinaires (12 filles contre 88 garçons), ce diagnostic représentant 8 % du total chez les garçons et seulement 1 % chez les filles. Aussi, la proportion de garçons atteint 73 % pour les troubles mentaux et 45 % pour les anomalies génitales.

3.4 LES SERVICES ASSURÉS[4] OFFERTS PAR LES DENTISTES

Le volume des services dentaires auprès des très jeunes enfants est relativement faible et constant au cours de la décennie 1992-2001. Le nombre annuel d'interventions est de près de 1 000 chez les 1 à 2 ans (8 % du total) et pratiquement nul chez les moins d'un an.

Les services dentaires sont surtout offerts aux enfants de 3 à 4 ans (51 %) et de 5 ans (41 %). Pour ces deux groupes d'âge, deux périodes se distinguent (1992-1996 et 1997-2001), la deuxième se caractérisant par une diminution appréciable du volume des interventions dentaires. Globalement, le volume annuel passe de 5 800 à moins de 5 000 pour les enfants de 3 à 4 ans et de 4 700 à 4 000 pour ceux de 5 ans (figure 3-9).

Figure 3-8
Nombre de services assurés rendus par les dentistes par année et par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001

Source : RAMQ, 1992-2001.

[4] Les services dentaires assurés par la RAMQ pour les enfants de moins de 10 ans comprennent : un examen dentaire par année, les examens d'urgence et certains services curatifs de base (obturation dentaire). Aucun service dentaire préventif (nettoyage, application topique de fluorure, scellant, etc.) n'est assuré par la RAMQ pour les enfants de moins de 12 ans. Les services dentaires préventifs n'étant pas assurés par la RAMQ, ils n'apparaissent pas aux résultats présentés.

Les services dentaires se répartissent quasi également entre les filles et les garçons. Pour la décennie 1992-2001, on note un très léger surplus de services chez les garçons (51 %), dans chaque groupe d'âge. Cependant, l'examen des variations temporelles des services dentaires reçus par les résidants de l'Estrie révèle une diminution générale des services dentaires assurés (RAMQ) qui atteint 14 %, de 1993-1995 à 1999-2001. Cette baisse du nombre de services dentaires est beaucoup plus marquée (23 à 35 %) dans trois MRC : Coaticook, Memphrémagog et Le Val-Saint-François (tableau 3-20). Par contre on remarque une légère hausse (10 %) de ce type de services aux enfants du Haut-Saint-François.

Tableau 3-20
Services dentaires assurés rendus par période de trois ans, selon la MRC de résidence de l'enfant, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1993-1995 à 1999-2001

	1993-1995	1996-1998	1999-2001	Variation temporelle
TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	**N**	**N**	**N**	**%**
Granit	2 434	2 273	2 139	-12,1
Asbestos	1 325	1 218	1 183	-10,7
Haut-Saint-François	2 074	2 052	2 272	9,5
Val-Saint-François	4 266	3 916	3 273	**-23,3**
Région-Sherbrookoise	14 161	13 657	12 852	-9,2
Coaticook	2 811	2 204	1 839	**-34,6**
Memphrémagog	5 432	4 816	3 976	**-26,8**
Inconnu	1 551	1 478	1 646	6,1
ESTRIE	34 054	31 614	29 180	-14,3

Source : RAMQ, 1993-2001.

Lieu du service et diagnostics

Les services dentaires sont presque toujours (98 % des cas) rendus en cabinet privé. C'est en centre hospitalier (excluant les urgences) que l'on retrouve les autres cas (2 %). Dans plus de la moitié des cas d'intervention (55 %) des dentistes, le diagnostic est inexistant ou inconnu (tableau 3-21). Le diagnostic dominant est celui des maladies de la cavité buccale (41 % des cas), un peu plus fréquent chez les enfants de 5 ans (45 %). Les examens et investigations d'individus et de populations (2 % des interventions) ainsi que les lésions traumatiques (1 %) sont les autres diagnostics les plus fréquents. Il est à noter que les plus hautes fréquences des interventions pour lésions traumatiques concernent les enfants de moins d'un an (14 %) et de 1 à 2 ans (4 %).

Tableau 3-21
Diagnostics lors des services assurés rendus par les dentistes par groupe d'âge, enfants de 0 à 5 ans, Estrie, 1992-2001

	< 1 an		1-2 ans		3-4 ans		5 ans		0-5 ans	
Diagnostic	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Maladies de la cavité buccale	42	23,3	3 177	37,3	20 327	38,0	19 738	**45,2**	43 284	**40,9**
Examens et investigations d'individus et de populations	0	0,0	127	1,5	1 260	2,4	934	2,1	2 321	**2,2**
Lésions traumatiques	26	**14,4**	353	**4,1**	500	0,9	335	0,8	1 214	**1,1**
Maladies du système ostéo-articulaire (régions du plan dorsal)	0	0,0	28	0,3	270	0,5	189	0,4	487	0,5
Autres diagnostics	14	7,8	116	1,4	358	0,7	323	0,7	811	0,8
Non relié à un diagnostic / diagnostic absent	98	54,4	4 712	55,4	30 760	57,5	22 146	50,7	57 716	54,5
TOTAL	180	100,0	8 513	100,0	53 475	100,0	43 665	100,0	105 833	100,0

Source : RAMQ, 1992-2001

CHAPITRE

ADAPTATION SOCIALE

Les problèmes sociaux vécus par les enfants âgés de 0 à 5 ans sont, dans une majeure partie, liées aux conduites des parents ou des adultes qui menacent le développement des enfants : il s'agit de toutes les formes d'abus physique, sexuel ou émotionnel et de toutes les formes de négligence. Le nombre réel de cas d'abus, de violence et de négligence à l'endroit des enfants est méconnu. Il n'y a également aucun moyen de savoir si ces problèmes sont plus fréquents ou plus graves aujourd'hui que par le passé. Ce qui est clair, c'est qu'ils se manifestent dans un contexte social marqué par la diversité des modèles familiaux, la pauvreté des mères seules et des jeunes parents, l'isolement et la solitude de certains parents.

Ce chapitre tente dans un premier temps de caractériser les différentes problématiques reliées à la maltraitance, tant sous l'angle internalisé (négligence, abandon, violence physique et émotionnelle) que sous l'angle externalisé (difficultés d'adaptation et de comportement des enfants). Dans un second temps, sont présentées quelques données opérationnelles reliées à la protection de la jeunesse de l'Estrie, ainsi que sur les hospitalisations et les décès reliés à ces problématiques. Enfin, la question de la prévention est brièvement abordée.

4.1 Points saillants

- En moyenne, en Estrie, le taux de signalements retenus par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) pour les enfants âgés de 0 à 5 ans est de 11 par 1 000 enfants. En 2001-2002, les signalements retenus proviennent du secteur public et parapublic à 68 %. Seulement 6 % des signalements retenus ont pour source le père, la mère ou le tuteur et 17 % proviennent du conjoint du parent, de la fratrie, de la parenté ou d'un voisin.
- Les taux de signalements retenus les plus élevés sont enregistrés dans les MRC d'Asbestos et du Haut-Saint-François. Les taux de Coaticook et du Val-Saint-François sont quant à eux près de deux fois plus faibles que celui de l'ensemble de la région de l'Estrie.
- On note également que 70 % des signalements retenus par la DPJ se rapportent à des situations de négligence, 17 % des cas à des abus physiques, 9 % à des agressions sexuelles (abus sexuel), 2 % à des troubles de comportement et 2 % à des cas d'abandon.

- À la suite d'une évaluation plus poussée des signalements retenus en 2000-2001, la DPJ a jugé nécessaire d'intervenir dans 91 situations ayant pour effet de victimiser des enfants âgés de 0 à 5 ans. Dans le but de venir en aide aux enfants dont la sécurité et le développement étaient compromis, il y a eu application de mesures dites volontaires dans 37 % des cas et de mesures judiciaires dans 62 % des cas.
- Le taux des signalements fondés (sécurité et développement compromis) concernant des enfants de moins d'un an en Estrie atteint 7,4 pour 1 000 enfants, tandis que le taux des autres groupes d'âge ne dépasse pas 4,9 pour 1 000.
- Le taux estrien de situations où il est établi que la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis est généralement inférieur à celui du Québec entre 1993-1994 et 2000-2001. Le taux de compromission de la sécurité et du développement de l'enfant est toutefois en progression constante dans l'ensemble du Québec.
- Entre les années 1997-1998 et 2001-2002, il y aurait eu, en Estrie, près de cinq hospitalisations par année pouvant être attribuables à des facteurs associés à l'abus, à la violence ou à la négligence et pour cause de blessures à la suite d'une agression ou de mauvais traitements chez les enfants de 0 à 5 ans.

4.2 Les enfants victimisés : de quoi s'agit-il?

L'entrée en vigueur en 1974 de la Loi sur les enfants soumis à de mauvais traitements représente, au Québec, un moment important dans le domaine de la protection de la jeunesse. Cette préoccupation de la société québécoise a été encore élargie en 1979 avec l'entrée en vigueur de la Loi sur la protection de la jeunesse. La mise en application de ces lois a également suscité chez les parents, les éducateurs et les intervenants un important questionnement sur l'utilisation des punitions corporelles[1].

Ce sont les articles de loi qui déterminent la démarcation la plus nette et qui teintent les objectifs visés par les différentes politiques. Cependant, au quotidien, « dans la mesure où les comportements parentaux sont soumis à un ensemble de codes culturels et sociaux, la définition de ce qui pourrait être un abus ou une négligence demeure soumise à l'interprétation de celles et ceux chargés de veiller au bien-être et au développement des enfants et d'assurer leur protection (...) »[2].

---

[1] Association des Centres jeunesse du Québec (1998), *Cadre de référence en matière de mauvais traitements physiques faits aux enfants*, Montréal, 100 p.

[2] C. BOUCHARD et autres (1994), *Traité des problèmes sociaux : les mauvais traitements envers les enfants*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 363.

On relève dans divers écrits spécialisés[3] que la pauvreté, dans un sens large, constitue un facteur de risque important pouvant entraîner la maltraitance. Plusieurs recherches établissent des liens entre la maltraitance et « l'espace de la pauvreté », qui réfère non pas uniquement à une misère économique (revenu sous le seuil de pauvreté, sous-scolarisation, sous-emploi, dépendance de l'aide sociale et autres), mais aussi à une misère sociale et psychologique, ainsi qu'aux racines historiques de ces problèmes[4,5,6].

La négligence

La négligence parentale touche particulièrement les enfants de 0 à 5 ans. Cette problématique sociale fait référence, par définition, à une absence de gestes appropriés, à une omission ou à une insuffisance de réponse aux besoins physiques ou affectifs de l'enfant; elle est souvent repérée par l'observation de ses conséquences sur l'enfant. Les formes de négligence sont multiples et souvent présentes simultanément, elles peuvent être d'ordre physique, médical, éducationnel ou émotionnel[7]. Certaines formes sont plus visibles que d'autres, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'extrême pauvreté. Par exemple, l'enfant mal nourri, mal vêtu, sale, laissé sans surveillance et sans les soins requis pour le maintien de son intégrité physique, est un cas de négligence physique et médicale facilement identifiable[8,9]. Les formes de négligence émotionnelle ou éducationnelle sont en revanche plus insidieuses et cachées : elles ne laissent pas de marques physiques évidentes, mais elles sont tout aussi dommageables sur le plan du développement.

---

[3] Pour une recension critique des écrits voir le texte S. SULLIVAN (2000), « La négligence à l'égard des enfants. Définitions et modèles actuels-examen de la recherche portant sur la négligence à l'égard des enfants 1993-1998 » Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada, no cat. H72-21/171-2000F, 92 p. Voir aussi L. ÉTHIER et C. LACHARITÉ (2000), « La prévention de la négligence et de la violence envers les enfants ». In F. Vitaro & C. Gagnon (Eds.), Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome I Problèmes internalisés (Vol. Tome 1, pp. 389-428). Québec: Presses de l'université du Québec.

[4] R. MASSÉ et MF. BASTIEN (1996), « La pauvreté génère-t-elle la maltraitance? : espace de pauvreté et misère sociale chez deux échantillons de mères défavorisées ». Revue québécoise de psychologie, vol.17, no 1.

[5] L. ÉTHIER et C. LACHARITÉ (2000), « La prévention de la négligence et de la violence envers les enfants ». In F. Vitaro & C. Gagnon (Eds.), Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome I Problèmes internalisés (Vol. Tome 1, pp. 389-428). Québec: Presses de l'université du Québec.

[6] R. MASSÉ (1994), « Les antécédents de violence et transmission intergénérationnelle de la maltraitance » P.R.I.S.M.E., vol.4, no 2-3 , p. 3.

[7] L. ÉTHIER et C. LACHARITÉ (2000), « La prévention de la négligence et de la violence envers les enfants ». In F. Vitaro & C. Gagnon (Eds.), Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome I Problèmes internalisés (Vol. Tome 1, pp. 389-428). Québec: Presses de l'université du Québec.

[8] C. BOUCHARD (1991), « Rapport du groupe de travail pour les jeunes : un Québec fou de ses enfants ». Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 179 p.

[9] Statistique Canada (2001), « La violence familiale au Canada : profil statistique 2001 », no 85-224-XIF au Catalogue, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa, Ministre de l'Industrie, p. 7.

L'abandon

Le défaut de compétence parentale, la négligence ou le refus délibéré des parents de répondre aux besoins de l'enfant et de faire face à leurs obligations peuvent mener à l'abandon. Une situation d'abandon peut survenir même à la suite du placement de l'enfant dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. On note alors une diminution de la qualité, de la fréquence, de la durée des contacts, ce qui devient un obstacle à la réinsertion de l'enfant dans la famille sans pourtant que l'enfant soit abandonné ouvertement. Cet enfant vit alors dans l'ambiguïté et ne peut se permettre de s'attacher à d'autres adultes. Il existe également des situations où l'enfant se retrouve « orphelin » de fait, lorsque les parents sont incapables de façon permanente de jouer leurs rôles parentaux, à cause de leur état physique ou mental, notamment lorsqu'ils sont confinés dans une institution sans garder le contact avec l'enfant.

Les abus physiques et émotionnels

Les abus envers les enfants peuvent être de plusieurs ordres : abus physiques, abus sexuels et abus émotionnels. L'abus ou la violence physique fait référence à l'usage délibéré de la force physique (coups, contention ou isolement excessif, brûlures, étouffements et d'autres formes de violence) ou d'objets (utilisation d'une arme ou la menace d'en utiliser une) par un parent ou un responsable de l'enfant, avec pour effet de causer une blessure non accidentelle. La violence physique infligée aux enfants est généralement liée à un châtiment corporel ou assimilé à tort à la discipline qu'on impose aux enfants[10]. Les abus physiques sont souvent accompagnés d'abus émotionnels ou de violence psychologique. Ces abus prennent notamment les formes du rejet, de l'humiliation, de l'insulte, de l'intimidation, de l'exploitation et de la cruauté psychologique qui dévalorisent les enfants et meurtrissent l'image qu'ils se font d'eux-mêmes[11-12].

---

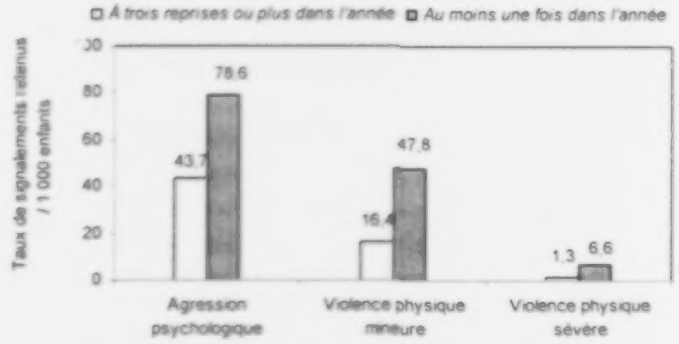
[10] Statistique Canada (2001), « La violence familiale au Canada : profil statistique 2001, no 85-224-XIF au Catalogue. Centre canadien de la statistique juridique. Ottawa, Ministre de l'Industrie, p. 6.

[11] Statistique Canada (2001), « La violence familiale au Canada : profil statistique 2001, no 85-224-XIF au Catalogue. Centre canadien de la statistique juridique. Ottawa, Ministre de l'Industrie, p. 8.

[12] C. BOUCHARD (1991), « Rapport du groupe de travail pour les jeunes : un Québec fou de ses enfants » Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec, p.30.

Selon une étude[13] sur la violence familiale dans la vie des enfants québécois âgés de 0 à 17 ans et les stratégies adoptées par les parents pour régler un problème avec les enfants, les mères québécoises disent, en quasi-totalité (98 %), que les adultes de la maison ont recours à des modes disciplinaires non violents. Les parents font généralement appel à des stratégies de distraction, de retrait de privilèges ou d'explications données aux enfants. Les modes de résolution de conflits peuvent aussi prendre des formes agressives ou violentes. Ainsi, la présence d'agression psychologique (par exemple : crier contre l'enfant, hurler, jurer à son endroit, lui lancer des sobriquets ou des qualificatifs désobligeants, le menacer) est signalé par près de 80 % des Québécoises (figure 4-1). Par ailleurs, près de la moitié (48 %) des mères rapportent au moins un épisode de violence physique mineure durant les 12 mois précédant l'enquête (par exemple : pincer l'enfant, le taper sur les fesses, le secouer). De plus, un enfant sur quinze (7 %) aurait vécu au moins un épisode de violence physique sévère au cours de la même période (par exemple : secouer un enfant de moins de deux ans, frapper au visage ou sur la tête, donner des coups de poing et de pied).

Figure 4-1
Prévalence des conduites parentales à caractère violent envers les enfants âgés de 0 à 17 ans, selon la fréquence annuelle précédant l'enquête, 1999



Source : ISQ, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec*, 1999.

Les garçons subissent la violence de leurs parents plus souvent que les filles, surtout la violence physique sévère (8 % pour les garçons contre 5 % pour les filles), tandis que les enfants âgés de 3 à 6 ans font davantage les frais de la violence physique mineure (70 % contre moins de 58 % pour les autres groupes d'âge). La qualité des relations de couple est également étroitement liée aux taux de violence : les enfants dont les mères affirment

[13] M.É. CLÉMENT, C. BOUHARD, M. JETTÉ et S. LAFERRIÈRE (2000), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec. Enquête téléphonique menée auprès 2 469 mères d'enfants âgés de 0 à 17 ans.

vivre une relation conjugale difficile ou violente (6 % des couples) sont, en proportion, plus nombreux à vivre de la violence, notamment, de la violence physique sévère (19 % contre 5 %).

L'agression sexuelle

L'agression sexuelle (ou abus sexuel) à l'endroit des enfants fait référence au sens large à un acte ou à un jeu de nature sexuelle entre un enfant et une ou des personnes en position de pouvoir. Suivant cette définition, il peut y avoir attouchement ou non[14]. Selon le directeur de la Direction de la protection de la jeunesse du Québec, l'agression sexuelle est « [...] un geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescente et de l'adolescent, portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, alors que l'agresseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle »[15].

L'agression sexuelle est rapportée avec une relative constance à partir de l'âge de trois ans, ce qui démontre bien la vulnérabilité des enfants dès le début de l'âge préscolaire et pendant toute l'enfance. On s'entend généralement pour dire que 20 % des femmes et entre 3 à 11 % des hommes sont victimes d'agression sexuelle pendant leur enfance ou leur adolescence dans divers pays[16]. La majorité des enfants se déclarant victimes d'agression sexuelle sont de sexe féminin. D'un autre côté, il semble que les garçons aient plus de réticence à dévoiler l'abus en raison des attentes sociales face au rôle masculin et du caractère souvent homosexuel de l'agression. La majorité des agresseurs sexuels sont des hommes dont l'âge varie entre 15 et 45 ans[17].

Le syndrome du nourrisson secoué

Le syndrome du nourrisson secoué constitue une cause de mortalité infantile et survient à la suite de mouvements brusques et répétés où la tête du nourrisson est fortement secouée. Dans certains cas, des secousses moins violentes mais répétées peuvent causer la surdité, la cécité, des crises cérébrales, une paralysie ou un retard de développement. Le syndrome du nourrisson secoué se produit le plus souvent entre deux et six mois, mais les nourrissons sont en danger jusqu'à l'âge de deux ans. Selon les

---

[14] C. BOUCHARD (1991), *Rapport du groupe de travail pour les jeunes : un Québec fou de ses enfants*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p.30.

[15] Directeurs de la protection de la jeunesse du Québec, 1991, p. 3.

[16] M. HÉBERT et C. TREMBLAY (2000), « La prévention de l'agression sexuelle à l'égard des enfants », dans F. Vitaro et C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome 1, Problèmes internalisés*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 429-503.

[17] *Op. cit.*

données du bureau du Coroner du Québec de 1990 à 2000, la problématique des bébés secoués expliquerait 38 % des décès liés à la violence familiale chez les enfants de moins d'un an[18].

Les impacts de la violence conjugale

Au Canada, l'exposition des enfants à la violence familiale constitue une des formes les plus courantes de violence psychologique. Selon l'enquête sociale générale de 1999 du Canada, un grand nombre d'enfants sont témoins d'actes de violence conjugale entre leurs parents : 37 % des personnes ayant déclaré avoir vécu de la violence conjugale dans les cinq années précédant l'enquête ont mentionné que les enfants avaient entendu ou vu des actes de violence à la maison. Au Canada cela représente environ un demi-million d'enfants[19]. Au Québec, on estime que pour 15 824 victimes de violence conjugale, 1 344 personnes autres que les conjoints, ex-conjoints et amis intimes sont également violentés; de ce nombre, 396 ont moins de 18 ans, soit 2,5 % de l'ensemble des victimes. Ces victimes mineures sont identifiées comme les enfants de l'auteur présumé des actes violents dans une proportion de 61 % (243). Parmi les victimes identifiées comme étant les enfants de l'auteur présumé, 32 % sont âgés de moins de 6 ans[20].

Les effets perturbateurs de la maltraitance

Les perturbations engendrées par la maltraitance touchent les aspects fondamentaux du développement de l'enfant. Ces perturbations incluent la difficulté pour les enfants maltraités à former des relations (telles l'attachement à un donneur de soin et à d'autres personnes), les problèmes de régulation des émotions, le manque de sensibilité aux interactions sociales, la difficulté à se faire accepter par les autres enfants ainsi que les déficits cognitifs et scolaires. Les enfants maltraités souffrent également de problèmes et de troubles chroniques qui nécessitent souvent l'attention d'éducateurs et de professionnels de la santé[21].

---

[18] D. BLANCHARD (2003), « Données québécoise sur les décès d'enfants en lien avec la violence familiale » Gravité, 66 (4) : 2-4.

[19] P. BUNGE, V. LOCKE et D. LOCKE (2000), « La violence familiale au Canada : profil statistique 2000, no 85-224-XIF au Catalogue, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa, Ministre de l'Industrie, p. 17.

[20] L. MOTARD (2001), *La violence conjugale, Statistiques 2000*, Ministère de la Sécurité Publique, Direction des affaires policières et de la prévention de la criminalité, Direction des communications, Québec, 65 p.

[21] Pour une recension critique des écrits voir le texte de Sullivan, S. (2000) « La négligence à l'égard des enfants : Définitions et modèles actuels-examen de la recherche portant sur la négligence à l'égard des enfants 1993-1998 » Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada, no cat. H72-21/171-2000F, 92 p.

Selon des études canadiennes[22,23], dans plus de la moitié des cas de violence physique corroborés ou fondés, l'enfant affiche un problème de fonctionnement, notamment des problèmes de comportement (39 %), des activités à risque avec les pairs (15 %), de la dépression ou de l'anxiété (15 %), de la violence vis-à-vis autrui (11 %) ou un retard de développement (9 %). À la suite d'actes d'agression sexuelle, on note de la dépression ou de l'anxiété (29 %), un comportement sexuel inadapté pour l'âge (17 %), des problèmes de comportement (14 %), des activités à risque avec les pairs (13 %) ou de l'absentéisme scolaire (10 %). Selon *l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ, 1998-1999)[24], les enfants témoins de violence à la maison risquent plus de manifester des comportements d'agression physique ou d'agression indirecte, de manifester des troubles émotifs et d'être hyperactifs.

Les enfants ont heureusement une capacité remarquable de s'adapter à diverses situations, tant positives que négatives. Beaucoup d'enfants peuvent résister aux effets négatifs engendrés par la maltraitance ou peuvent s'en remettre si on leur procure l'occasion et la protection nécessaires.

Une entente pour des interventions concertées dans le milieu de vie des enfants

Afin de garantir une meilleure protection et apporter l'aide nécessaire aux enfants victimes d'agression sexuelle, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé, un protocole d'entente multisectoriel engage différents réseaux de la région de l'Estrie à agir en concertation.

Les établissements et les organismes liés par cette entente multisectorielle font partie des secteurs de l'Éducation, de la Justice, de la Sécurité publique, de la Santé et des Services sociaux, de la Famille et de l'Enfance, du secteur policier et du milieu communautaire. Les participants à l'entente sont amenés à intervenir soit à titre de dispensateurs de services pour répondre aux besoins d'aide et de protection de l'enfant, soit à titre d'employeurs lorsque la situation visée implique un adulte travaillant sous leur responsabilité.

Cette entente précise les procédures d'intervention, les rôles et les responsabilités de chaque partenaire en tenant compte de leur mission et des divers types de situations. Les partenaires ont convenu des modalités appropriées d'orientation vers les organismes et les établissements adéquats afin de réduire les délais d'intervention. L'entente encadre les modalités de communication et de transmission de l'information en clarifiant les règles d'application relatives à la confidentialité.

---

[22] N. TROCMÉ et autres (2001), *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : rapport final*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada, 194 p.

[23] Statistique Canada (2001), *« La violence familiale au Canada : profil statistique 2001 »*, no 85-224-XIF au Catalogue, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa, Ministre de l'Industrie, p. 11.

[24] Statistique Canada (2001), *« La violence familiale au Canada : profil statistique 2001 »*, no 85-224-XIF au Catalogue, Centre canadien de la statistique juridique, Ottawa, Ministre de l'Industrie, p. 23.

Les organisations partenaires désignent des personnes responsables de la mise en application de l'entente, les forment, gardent une communication constante avec les personnes intervenantes et s'engagent à travailler en concertation pour planifier l'intervention. Les interventions sociojudiciaires relevant de l'entente sont réalisées en cinq étapes :

- le signalement de la situation au directeur de la protection de la Jeunesse (DPJ);
- la liaison et la planification en vue d'obtenir la collaboration et l'assistance de tous les partenaires pour répondre adéquatement aux besoins d'aide et de protection de l'enfant et des membres de sa famille;
- l'enquête et l'évaluation en vue de vérifier le bien-fondé des faits allégués et de recueillir les éléments de preuve requis;
- la prise de décision sur les suites à donner à l'affaire à partir de la mise en commun des renseignements obtenus;
- l'action et l'information des partenaires.

Des interventions globales dans le milieu de vie : Protocole de collaboration Maltraitance

Il s'agit d'une entente de collaboration entre la DPJ et le département de pédiatrie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. L'entente permet d'assurer une intervention complémentaire, concertée et intégrée dans les situations où des enfants ayant un besoin de protection ont également reçu ou doivent recevoir des services en pédiatrie. La collaboration des deux organismes favorise une évaluation globale selon les dimensions biopsycho-sociales de la problématique d'un enfant aux prises avec la négligence, la violence physique, l'agression sexuelle ou l'abandon, et dont la sécurité et le développement sont compromis. L'objectif poursuivi à travers cette entente est de mieux cerner les besoins de protection et de favoriser les rétroactions réciproques entre les milieux médicaux et sociaux dans une perspective d'accessibilité, de continuité et de personnalisation des services aux jeunes et aux familles. Au moins 70 enfants ont bénéficié d'interventions réalisées dans le cadre de cette entente en Estrie.

Les troubles de comportement

Selon le ministère de l'Éducation[25], les troubles de comportement se manifestent par « un déficit important de la capacité d'adaptation se manifestant par des difficultés significatives d'interaction avec un ou des éléments de l'environnement scolaire, familial ou social ». Ces troubles se caractérisent par un ensemble de comportements récurrents d'opposition, de désobéissance, de provocation et d'hostilité, incluant la violence envers les adultes responsables et les autres enfants. Ils conduisent régulièrement à des conflits marqués avec tout l'entourage (parents, fratrie, camarades)[26].

---

[25] Cité par Bouchard, 1991, p. 33. Ministère de l'Éducation (1990), *Les troubles de comportement : état des connaissances et perspectives d'intervention*, document de travail. Québec.

[26] JE DUMAS, *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Belgique, Édition BOECK Université, 2002, 520 p.

Peu d'études concernent l'agressivité physique en milieu préscolaire[27]. Ceci parce que l'on croyait l'agressivité associée à la fin de l'enfance et au début de l'adolescence, en conséquence à de mauvaises fréquentations, à la violence à la télévision et à une augmentation des hormones masculines. Or, les comportements extrêmement violents n'apparaissent pas soudainement à l'adolescence. En fait, quelques études longitudinales sur de larges échantillons de garçons et de filles, suivis de l'entrée à la sortie de l'école, démontrent clairement que ce sont les jeunes enfants qui sont les plus susceptibles d'avoir des comportements agressifs et qu'ils en manifestent de moins en moins à mesure qu'ils vieillissent[28].

L'ELDEQ 1998-2002 fournit quelques données sur la prévalence des troubles de comportement que peuvent vivre les tout-petits âgés de 17 à 29 mois. Il semble que, déjà à 17 mois, 42 % des enfants affichent un comportement provocateur sur une base occasionnelle et 10 % sur une base fréquente. À 29 mois, 68 % sont provocateurs sur une base occasionnelle et 16 % sur base fréquente. Généralement, la prévalence est plus élevée à l'âge de 29 mois pour l'opposition, l'inattention, l'hyperactivité, la violence physique, la timidité et sur le plan de la socialisation (réconfort par un autre enfant qui pleure ou qui est en colère)[29]. Dès l'âge de 17 mois, les garçons sont plus susceptibles que les filles de manifester des comportements d'agression physique, d'hyperactivité et d'inattention. À l'inverse, les filles sont plus susceptibles d'afficher des comportements prosociaux.

4.3 Quelques données sur la situation en Estrie

Nous ne disposons pas de données couvrant l'entière étendue des problèmes d'adaptation sociale concernant les enfants de 0 à 5 ans en Estrie. Ces problèmes sont abordés ici par le biais des données opérationnelles des services offerts par le Centre jeunesse de l'Estrie. C'est en effet dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse que sont signalés à la Direction de la protection de la jeunesse les mauvais traitements les plus graves. Si ce reflet de la situation par le biais des cas les plus graves ne renseigne pas sur l'ampleur du problème, on peut espérer qu'il favorise une sensibilisation à certaines de ses manifestations.

---

[27] RE. TREMBLAY (2002). « Prevention of injury by early socialization of aggressive behavior. » Inj Prev 8: IV17-IV21.

[28] Voir les articles cités dans Tremblay, RE. 2002. « Prevention of injury by early socialization of aggressive behavior ». Inj Prev 8: IV17-IV21.

[29] R. BAILLARGEON, R. TREMBLAY et al. (2002). « Changement intra-individuel du comportement entre 17 mois et 29 mois ». Étude Longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) De la naissance à 29 mois. Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 23 à 25.

Les données sur la clientèle du Centre jeunesse de l'Estrie regroupent la clientèle francophone et anglophone de toute la région. Considérant qu'un enfant peut avoir été signalé plus d'une fois au cours de la même période et qu'il peut donc être compté plusieurs fois, cette section fournit des estimations sur le nombre d'enquêtes ou de signalements associés aux difficultés graves vécues par les enfants plutôt que sur le nombre d'enfants vivant ces difficultés.

Les nombres et les taux ont été calculés pour le groupe d'âge de 0 à 5 ans et couvrent la période 1992-2002[30]. Lorsqu'elles sont disponibles pour ce groupe d'âge, les données concernant l'ensemble des centres jeunesse du Québec[31] sont également présentées.

4.3.1 Cheminement des signalements reçus

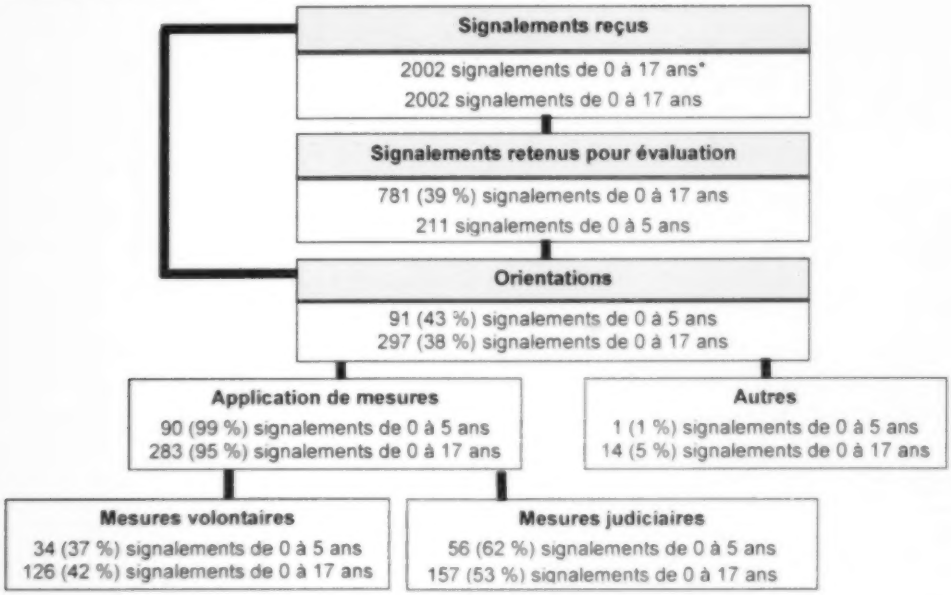
Pour l'année 2001-2002, le Centre jeunesse de l'Estrie a reçu 2 002 signalements pour des enfants résidant en Estrie et âgés de moins de 18 ans (figure 4-2). Le système québécois de traitement des signalements à la DPJ prévoit une évaluation des cas en deux temps, en vertu de laquelle un dossier peut être fermé à la suite de la première étape et ne pas être retenu pour une évaluation subséquente. Après une première évaluation, la Direction de la protection de la jeunesse du Centre jeunesse de l'Estrie a retenu 781 (39 %) signalements; 211 signalements concernaient des enfants âgés entre 0 et 5 ans. Ces signalements ont fait par la suite l'objet d'une évaluation plus poussée, afin de déterminer le degré de gravité des situations d'abandon, de négligence, d'agression sexuelle, de mauvais traitements physiques ou psychologiques, ou encore de troubles de comportement. Pour l'année 2001-2002, la DPJ a jugé nécessaire d'intervenir dans le cas de 91 signalements retenus (43 %) touchant des enfants âgés de 0 à 5 ans. Il y a eu application de mesures dites volontaires, c'est-à-dire conclues avec les parents, dans 37 % des cas où la santé et le développement de l'enfant étaient compromis et application de mesures judiciaires imposées par le Tribunal de la jeunesse dans 62 % de ces cas. Pour le 1 % restant, il y a eu une intervention terminale permettant de rétablir la sécurité ou le développement de l'enfant ou la fermeture du dossier.

---

[30] Les années financières du Système de Protection de la jeunesse débutent le 1er avril et se terminent le 31 mars de l'année suivante. Dans ce texte, nous les désignons par les deux années.

[31] Les taux annuels 1993-2001 sont estimés pour le Québec à partir des données des centres jeunesse qui ont contribué à la banque commune LPJ pour l'année financière précisée. Données fournies par Carolle Lessard, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, Direction de la gestion de l'information, juin 2003.

Figure 4-2
Cheminement des signalements reçus à la DPJ de l'Estrie, enfants de 0 à 17 ans et de 0 à 5 ans, 2001-2002



* Les données ne sont pas disponibles pour le groupe d'âge 0 à 5 ans.

Source : CJE.

Il faut garder en tête que si un nombre élevé de cas est signalé chaque année, plusieurs de ces cas ne sont pas retenus par les services de protection. En effet, les centres jeunesse considèrent uniquement les signalements de situations de violence ou de maltraitance dans lesquels le levier de la loi est nécessaire pour assurer la protection de l'enfant et garantir la satisfaction de ses besoins essentiels. Quand les parents acceptent de reconnaître la situation, qu'ils sont motivés à intervenir et qu'ils se révèlent capables d'agir efficacement, le signalement n'est pas retenu, même s'il existe un problème réel.

En ce qui concerne les signalements qui s'avèrent non fondés à la suite de l'évaluation, 72 % des parents et 55 % des enfants manifesteraient tout de même des besoins de services. Quelle que soit l'issue de l'évaluation du signalement, les services le plus souvent requis, tant par les enfants que par les parents, sont des services psychosociaux. En Estrie, en 2001-2002, selon la banque commune I-CLSC (Intégration-CLSC), 81 signalements, retenus ou non, ont été référés par le Centre jeunesse de l'Estrie au CLSC et 85 % de ces cas sont orientés vers des services psychosociaux. Selon les

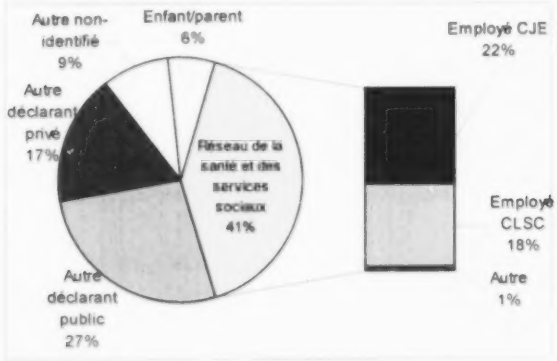
résultats d'une étude[32], les problèmes le plus souvent identifiés par le personnel intervenant de la DPJ chez les enfants dont le signalement a été jugé non fondé sont des problèmes d'apprentissage et des problèmes d'attention/ hyperactivité

En Estrie, au cours des trois dernières années (1999 à 2002), 20 % (102/516) des enfants de 0 à 5 ans dont le signalement a été retenu avaient déjà fait l'objet de plusieurs signalements retenus et parmi les enfants du même âge dont la sécurité et le développement ont été jugés compromis, 2 % (4/264 enfants) avaient déjà reçu des services de protection.

4.3.2 De qui proviennent les signalements?

En Estrie, les signalements retenus par la DPJ proviennent essentiellement du secteur public et parapublic (68 % des signalements retenus) : 41 % sont des d'employés du réseau de la Santé et des Services sociaux directement concernés (employés du Centre jeunesse et des CLSC, familles d'accueil), 27 % proviennent d'autres déclarants publics (employés du milieu scolaire, centre de bénévolat, corps policier, médecin, avocat ou autres professionnels). Quant aux signalements faits par des personnes à titre personnel, seulement 6 % des signalements retenus ont pour déclarant le père, la mère ou le tuteur alors que 17 % proviennent du conjoint du parent, de la fratrie, de la parenté ou d'un voisin (figure 4-3).

Figure 4-3
Proportion de signalements retenus pour les 0 à 5 ans, selon le type de déclarants, Estrie, 2001-2002



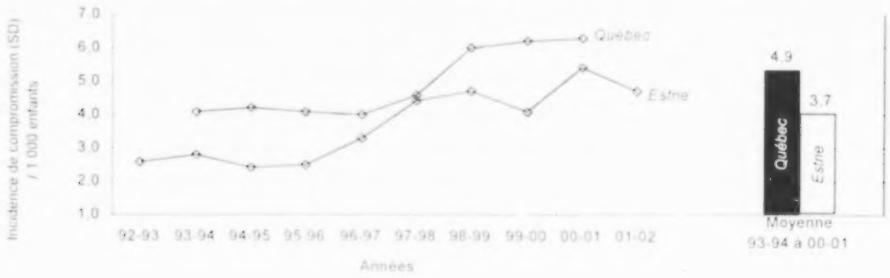
Source : CJE

[32] M. TOURIGNY et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus de négligence, d'abandon, et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ)*, Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).

4.3.3 Évolution temporelle des signalements

Si l'on considère la période de 1992-1993 à 2001-2002, les signalements retenus pour lesquels il a été établi que la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis[1] (moyenne des signalements retenus de 3,7 par 1 000 enfants de 0 à 5 ans en Estrie contre 4,9 par 1 000 enfants de 0 à 5 ans au Québec), les taux de l'Estrie sont, pour toutes les années, inférieurs à ceux du Québec (figure 4-4).

Figure 4-4
Évolution du taux de compromission de la sécurité et du développement des enfants de 0 à 5 ans, Estrie et Québec, 1992-1993 à 2001-2002



Source : CJE
MSSS, ISQ, projections de population

La hausse des taux de compromission de la sécurité et du développement de l'enfant est constante : le Québec passe de 4,1 à 6,3 signalements pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans de 1993-1994 à 2000-2001, tandis que l'Estrie passe de 2,8 à 5,4 signalements pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans au cours de la même période (figure 4-4).

4.3.4 Variations des signalements selon le groupe d'âge

Au cours de la période triennale 1999-2002, des 809 signalements d'enfants de 0 à 17 ans, résidant en Estrie, retenus en moyenne annuellement par la DPJ, 214 concernent des enfants âgés de 0 à 5 ans. En moyenne, le taux de signalements retenus en Estrie est de 11 par 1 000 enfants de 0 à 5 ans et le taux de signalements d'enfants de 0 à 5 ans dont la sécurité et le développement sont compromis est de 5 pour 1 000 (figure 4-5). On note que ce taux atteint 7,4 pour 1 000 chez les enfants de moins d'un an résidant en Estrie, tandis que le taux des autres tranches d'âge ne dépasse pas 4,9 pour 1 000 enfants de 1 à 5 ans.

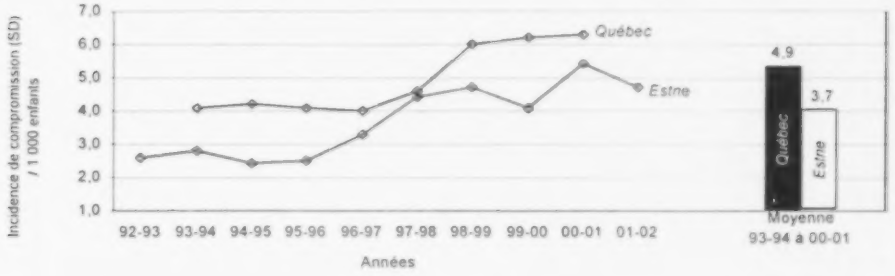
---

[1] Dans le cas des signalements retenus et à la suite de l'évaluation de la DPJ, les faits signalés peuvent être jugés 1) fondés et compromettant la sécurité ou le développement de l'enfant (fondés/SDC); 2) fondés mais ne compromettant pas la sécurité ou le développement de l'enfant (fondés/SDNC); ou 3) non fondés.

4.3.3 Évolution temporelle des signalements

Si l'on considère la période de 1992-1993 à 2001-2002, les signalements retenus pour lesquels il a été établi que la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis[33] (moyenne des signalements retenus de 3,7 par 1 000 enfants de 0 à 5 ans en Estrie contre 4,9 par 1 000 enfants de 0 à 5 ans au Québec), les taux de l'Estrie sont, pour toutes les années, inférieurs à ceux du Québec (figure 4-4).

Figure 4-4
Évolution du taux de compromission de la sécurité et du développement des enfants de 0 à 5 ans, Estrie et Québec, 1992-1993 à 2001-2002



Source : CJE.
MSSS, ISQ, projections de population.

La hausse des taux de compromission de la sécurité et du développement de l'enfant est constante : le Québec passe de 4,1 à 6,3 signalements pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans de 1993-1994 à 2000-2001, tandis que l'Estrie passe de 2,8 à 5,4 signalements pour 1 000 enfants de 0 à 5 ans au cours de la même période (figure 4-4).

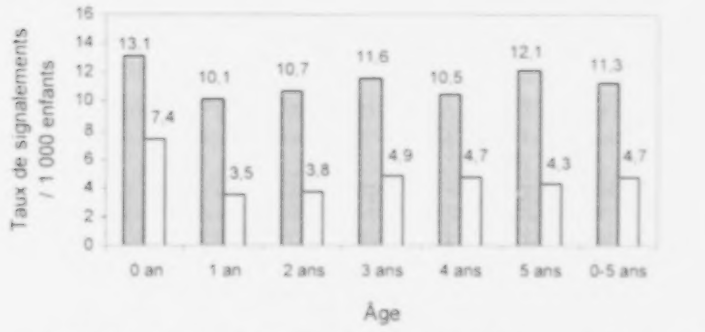
4.3.4 Variations des signalements selon le groupe d'âge

Au cours de la période triennale 1999-2002, des 809 signalements d'enfants de 0 à 17 ans, résidant en Estrie, retenus en moyenne annuellement par la DPJ, 214 concernent des enfants âgés de 0 à 5 ans. En moyenne, le taux de signalements retenus en Estrie est de 11 par 1 000 enfants de 0 à 5 ans et le taux de signalements d'enfants de 0 à 5 ans dont la sécurité et le développement sont compromis est de 5 pour 1 000 (figure 4-5). On note que ce taux atteint 7,4 pour 1 000 chez les enfants de moins d'un an résidant en Estrie, tandis que le taux des autres tranches d'âge ne dépasse pas 4,9 pour 1 000 enfants de 1 à 5 ans.

---

[33] Dans le cas des signalements retenus et à la suite de l'évaluation de la DPJ, les faits signalés peuvent être jugés : 1) fondés et compromettant la sécurité ou le développement de l'enfant (fondés/SDC); 2) fondés mais ne compromettant pas la sécurité ou le développement de l'enfant (fondés/SDNC); ou 3) non fondés.

Figure 4-5
Taux annuel moyen de signalements retenus et de compromission de la sécurité et du développement des enfants de 0 à 5 ans, par groupe d'âge, Estrie, période triennale 1999 à 2002



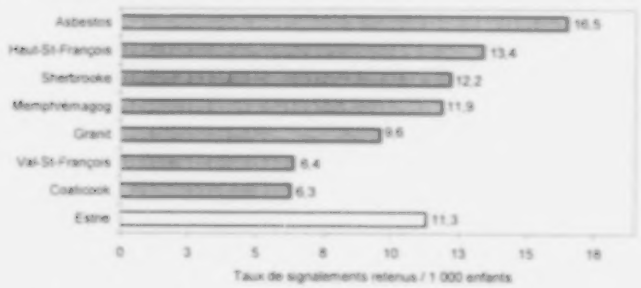
Source : CJE
MSSS, ISQ, projections de population

4.3.5 Variations des signalements selon les MRC

Le taux de signalements retenus pour les enfants de 0 à 5 ans et celui pour lequel le signalement est jugé fondé quant à la compromission de la sécurité et du développement de l'enfant varient également selon la MRC de résidence de l'enfant (figures 4-6 et 4-7). On enregistre pour la période triennale de 1999 à 2002 les taux de signalements retenus les plus élevés dans les MRC d'Asbestos (16,6/1 000 enfants) et du Haut-Saint-François (13,4/1 000 enfants). Les taux de la MRC de Coaticook (6,3/1 000 enfants) et celle du Val-Saint-François (6,4/1 000 enfants) sont quant à eux près de deux fois plus faibles que celui de l'ensemble de la région (11,3/1 000 enfants).

Le Haut-Saint-François reste la MRC où le taux de signalements d'enfants dont la sécurité et le développement sont compromis est le plus élevé. Ce taux est deux fois plus élevé que celui de l'ensemble de la région de l'Estrie. Suit la MRC du Granit avec un taux de 6 pour 1 000. La MRC d'Asbestos, qui montre pourtant la plus grande proportion de signalements retenus, ne se démarque pas de l'ensemble de la région de l'Estrie quant aux cas les plus graves de sécurité et de développement compromis. Les MRC de Coaticook et du Val-Saint-François demeurent les MRC où le taux de cas de sécurité et de développement compromis est le moins important.

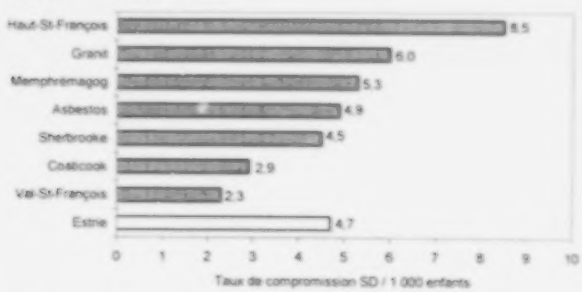
Figure 4-6
Taux et nombre annuel moyen de signalements retenus des enfants de 0 à 5 ans, MRC et Estrie, période triennale 1999 à 2002



MRC	Nombre annuel moyen
Granit	12
Asbestos	12
Haut-St-François	21
Val-St-François	11
Coaticook	7
Memphrémagog	31
Sherbrooke	119
Total	***214***

Source : CJE
MSSS, ISQ, projections de population

Figure 4-7
Taux et nombre annuel moyen de compromission de la sécurité et du développement des enfants de 0 à 5 ans résidant en Estrie, MRC de résidence des enfants et Estrie, période triennale 1999 à 2002



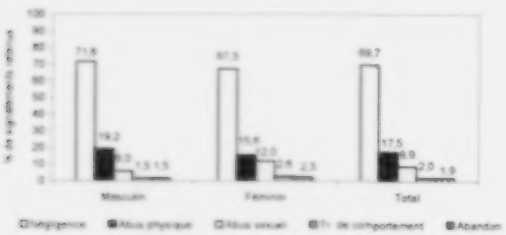
MRC	Nombre annuel moyen
Granit	8
Asbestos	4
Haut-St-François	13
Val-St-François	4
Coaticook	3
Memphrémagog	14
Sherbrooke	44
Total	***89***

Source : CJE
MSSS, ISQ, projections de population

4.3.6 Quels sont les motifs de signalements?

Pour la période triennale 1999-2002, on note que 70 % des signalements retenus pour le groupe d'âge 0 à 5 ans se rapportent à des situations de négligence, 17 % des cas à des abus physiques, 9 % à des agressions sexuelles (abus sexuel), 2 % à des troubles de comportement et 2 % à des cas d'abandon (figure 4-8). Cette répartition est similaire pour les garçons et les filles

Figure 4-8
Proportion et nombre annuel moyen de signalements retenus pour les enfants de 0 à 5 ans, selon la problématique et le sexe, Estrie, période triennale 1999 à 2002

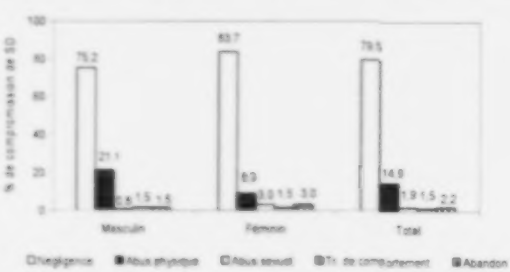


Problématique	Nombre annuel moyen		
	Sexe de l'enfant		
	Masculin	Féminin	Total
Négligence	80	69	149
Abus physique	21	16	37
Abus sexuel	7	12	19
Tr. de comportement	2	3	4
Abandon	2	2	4
Total	111	103	214

Source CJE
MSSS, ISQ, projections de population

Quant aux signalements pour lesquels la sécurité et le développement des enfants sont compromis, on relève que les situations de négligence prennent une proportion encore plus élevée (79 %), et encore plus marquée chez les filles (84 %) (figure 4-9). Par contre, l'abus physique touche une plus grande proportion de garçons (21 % contre 9 % chez les filles).

Figure 4-9
Proportion de compromission de la sécurité et du développement des enfants de 0 à 5 ans, selon la problématique et le sexe, Estrie, 1999-2000 à 2001-2002



Problématique	Nombre annuel moyen		
	Sexe de l'enfant		
	Masculin	Féminin	Total
Négligence	33	38	71
Abus physique	9	4	13
Abus sexuel	0	1	2
Tr. de comportement	1	1	1
Abandon	1	1	2
Total	44	45	89

Source CJE
MSSS, ISQ, projections de population

4.3.7 Répartition des enfants selon l'application de mesures

En Estrie, pour une moyenne de 90 signalements annuels au cours de la période triennale de 1999 à 2002 concernant des enfants âgés de 0 à 5 ans pour lesquels il y a eu application de mesures au terme de l'orientation, on note qu'il y a eu plus de mesures judiciaires que de mesures volontaires. Par rapport à l'ensemble des signalements, ce sont les enfants de moins d'un an qui ont fait l'objet du taux le plus élevé de mesures judiciaires (5,7 pour 1 000 enfants de moins d'un an contre moins de 2,9 pour 1 000 enfants de 1 à 5 ans). Alors qu'on note une légère augmentation concernant les enfants de 0 à 5 ans dans le temps du taux de mesures volontaires (passant de 1,1 pour 1 000 signalements en 1992-1993 à 1,9 pour 1 000 en 2001-2002), le taux de mesures judiciaires a quant à lui triplé (passant de 1,1 pour 1 000 en 1992-1993 à 3,1 pour 1 000 en 2001-2002). Des 90 signalements qui ont conduit à l'application de mesures au cours de la période triennale de 1999 à 2002, en moyenne 27 % (24/90) ont été placés soit en famille d'accueil, en centre de réadaptation ou dans un autre type de ressource d'accueil de type familial.

4.3.8 Hospitalisation et décès à la suite d'agressions et de mauvais traitements

La maltraitance représente une cause sérieuse et répandue de blessures et de décès chez les enfants. Or, les épisodes d'hospitalisation pour abus, négligence et violence sont peu documentés. De fait, selon certains diagnostics ayant été identifiés comme pouvant être reliés à ce type de problématique, soit en amont ou encore comme révélateurs de l'ampleur du problème[34], il y a très peu de cas en Estrie. Il est alors difficile de calculer des taux tout en respectant les critères de confidentialité.

De 1997-1998 à 2001-2002, il y aurait eu en moyenne, en Estrie, environ cinq hospitalisations par année pouvant être attribuables à des facteurs associés à l'abus, à la violence ou à la négligence[35] et pour cause de blessures à la suite d'une agression ou de mauvais traitements[36] chez les enfants de 0 à 5 ans.

---

[34] Classification tirée de L. LAROSE (1998), « Portrait de la santé et du bien-être de la population de Chaudière-Appalaches, volet Adaptation sociale : vol. 1, les jeunes » Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Direction de la santé publique, p. 248

[35] Basés sur la classification internationale des maladies, 9e révision (CIM-9) où sont retenus les diagnostics suivants : psychoses spécifiques de l'enfance (code 299), instabilité de l'enfance (code 314), retards spécifiques de développement (315), raisons familiales de recours aux services de santé [conflit conjugal (code V61.1)].

[36] Basés sur la classification internationale des maladies, 9e révision (CIM-9) où sont retenus les diagnostics suivants : tentative d'homicide (codes E960-969) dont enfant maltraité (code E967) et négligence criminelle (code E968.4)

Les taux d'hospitalisation[17] pour les années 1997-1998 à 2001-2002 (tableau 4-1) révèlent un niveau de risque plus élevé chez les enfants de moins d'un an (que chez les enfants de 1 à 5 ans) d'être hospitalisés pour de la maltraitance et des blessures à la suite d'une agression ou de mauvais traitements.

Tableau 4-1
Taux annuels moyens d'hospitalisations associés à la maltraitance et aux mauvais traitements, selon l'âge, Québec, 1997-1998 à 2001-2002

	Taux annuels pour 100 000 enfants	
Hospitalisations attribuables à	**Moins d'un an**	**1 à 5 ans**
Facteurs associés à l'abus, la violence et la négligence (codes 299, 214-215 et V61.1)	13	19
Maltraitance (codes 999,5 et V61,2)	44	5
Blessures à la suite d'une agression et à de mauvais traitements (E960 à 969)	92	9

Source : Fichier Med-Écho, 1997-1998 à 2001-2002.

Les taux annuels de décès[18] au Québec pour cause de blessures à la suite d'une agression ou de mauvais traitements sont de 5 pour 100 000 enfants chez les moins d'un an et de 1 pour 100 000 enfants chez les 1 à 5 ans. En Estrie, le petit nombre de cas ne permet pas le calcul de taux.

En se basant sur les données du Coroner du Québec, pour la décennie 1990-2000, on note que ce sont surtout les enfants de moins de 5 ans, en particulier ceux de moins d'un an (0,01 pour 1 000 enfants âgés de 1 à 5 ans et 0,035 pour 1 000 enfants âgés de moins d'un an), qui sont les plus souvent victimes, dans le contexte familial, d'homicides volontaires ou involontaires ainsi que de négligence grave ayant conduit au décès. Le taux de mortalité chez les enfants âgés de moins d'un an en lien avec la violence familiale est 5,5 fois plus élevé chez les garçons (0,059 pour 1 000) que chez les filles (0,011 pour 1 000). En fait, on estime que 65 % de tous les homicides chez les enfants de moins d'un an sont liés aux mauvais traitements[19].

---

[17] Fichier Med-Écho, 1997-1998 à 2001-2002.

[18] Fichier des décès, 1997 à 2002.

[19] D. BLANCHARD (2003),« Données québécoises sur les décès d'enfants en lien avec la violence familiale », Gravité, 66 (4) : 2-4.

4.4 La prévention

Depuis que la maltraitance est reconnue comme faisant formellement partie du domaine public (promulgation de lois visant à protéger les enfants), les efforts d'intervention ont principalement consisté à réagir aux situations signalées ou à éviter que certaines situations problématiques ne dégénèrent en mauvais traitements. Ainsi, l'action posée par les services de protection de l'enfance vise des parents qui sont déjà identifiés comme ayant des conduites de violence et de négligence envers leur enfant, le but étant d'enrayer ces conduites, de prévenir les séquelles chez l'enfant et d'empêcher les récidives. Cette action peut cependant avoir pour effet de disqualifier la compétence des parents, de sorte qu'après un placement temporaire il devient difficile de réinsérer l'enfant dans sa famille.

D'autre part, les enfants dont la sécurité et le développement ne sont pas jugés compromis peuvent également présenter des difficultés importantes nécessitant des services de santé et des services sociaux. C'est donc en intervenant dans les familles présentant des risques multiples pour plusieurs problèmes, en amont de l'apparition de problèmes graves, que pourra se faire la prévention de l'abus, de la négligence, de la violence et de l'apparition de troubles de comportement.

Programme intégré d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité – VOLET POSTNATAL

Ce programme est la concrétisation en Estrie de la démarche engagée dans l'ensemble du Québec pour intégrer le *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP), le programme *Naître Égaux – Grandir en Santé* (NÉ-GS) et les programmes de soutien éducatif précoce.

Comme son nom l'indique, le programme intégré s'adresse à des familles vulnérables, c'est-à-dire qui présentent des caractéristiques pouvant affecter le développement des enfants. Le programme mise sur un suivi intensif et continu, à partir de la grossesse de la mère jusqu'à ce que l'enfant fasse son entrée à l'école. Il comporte donc un volet prénatal* et un volet postnatal. Les objectifs du programme sont les suivants :

- Réduire la proportion de bébés de faible poids (moins de 2 500 g) à la naissance.
- Favoriser le développement optimal des enfants.
- Diminuer le nombre de cas retenus pour abus et négligence.
- Améliorer les compétences parentales.

Le volet postnatal du programme cible principalement les participantes du volet prénatal qui n'ont pas terminé leur 5e secondaire, celles qui ont moins de 20 ans, de même que les mères qui répondent à ces mêmes critères, même si elles n'ont pas bénéficié du suivi prénatal. Les activités et services offerts s'adressent aux femmes, à leur conjoint et à leurs enfants. Dans l'ensemble de la région, environ 840 enfants et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité sont visés par ce volet.

Dans le cadre du programme, la clientèle reçoit un suivi individualisé incluant des visites à domicile permettant de suivre l'état de santé et le développement de l'enfant, de favoriser l'attachement entre les parents et l'enfant et de répondre aux différents besoins des familles. À partir de l'âge de 18 à 24 mois, l'intégration de l'enfant dans un milieu de garde accrédité permet d'exposer l'enfant à des activités de stimulation axées sur le développement physique, moteur, langagier, cognitif et social. On offre également aux familles de les accompagner vers les services et les ressources du milieu telles les cuisines collectives et les maisons de la famille afin d'améliorer leurs conditions de vie. L'intégration socioprofessionnelle des parents est également favorisée.

En présence de déficience intellectuelle, de problèmes de santé mentale, d'alcoolisme ou de toxicomanie chez les parents, d'un problème de comportement chez l'enfant ou encore de négligence, un plan de services individualisé (PSI) est établi avec le centre de réadaptation approprié. Lorsque la mère présente des difficultés graves d'adaptation, la Villa Marie-Claire assure, pour sa part, l'intervention préventive auprès de l'enfant et participe également à la concertation clinique.

Un bilan du programme d'interventions préventives est produit chaque année pour rendre compte de la clientèle rejointe, de ses caractéristiques, des activités réalisées, de leur fréquence et de leur intensité. Des recherches sont également en cours afin d'évaluer l'impact du programme sur le développement des enfants.

*Sur le volet prénatal, voir l'encadré à la section 2.2.2.

De plus, il s'avère essentiel de soutenir les familles par un accès accru aux garderies en milieu défavorisé, par la création de lieux de loisir et de convivialité et par des mesures de répit et de dépannage. Plus largement, il faut viser à diminuer l'isolement, à réduire le chômage et à contrer la dépendance sociale. Sont considérés comme des facteurs de protection un logement adéquat (situé près des ressources telles que l'école, le milieu de travail, le milieu de garde), l'accès à des réseaux de ressources communautaires, de même que l'accès à des services professionnels et à du soutien social. Sont aussi considérés comme des facteurs de protection la présence de milieux scolaires engagés auprès de la communauté et des enfants, ainsi que des environnements communautaires favorisant un sentiment d'appartenance.

Programme d'action communautaire pour les enfants 2003-2006 (PACE)

Mis en place depuis 1993 en Estrie, le programme PACE relève du gouvernement fédéral et il s'appuie sur le fait que les collectivités sont mieux placées que quiconque pour définir les besoins de leurs enfants et pour trouver les ressources nécessaires pour agir efficacement. Le PACE encourage l'action communautaire en accordant une aide financière aux groupes communautaires qui veulent concevoir et offrir des services intégrés pour promouvoir la santé et le développement social des enfants vulnérables et de leurs familles (familles à faible revenu, jeunes parents, enfants qui éprouvent des retards de développement, ainsi que des problèmes sociaux, émotifs et comportementaux, enfants agressés et négligés). L'action communautaire favorise un investissement précoce dans les enfants pour leur donner un meilleur départ dans la vie, pour qu'ils soient prêts à fréquenter l'école et pour améliorer leurs possibilités de participer pleinement à la société une fois devenus adultes. Ce programme exige des collectivités qu'elles unissent (protocole d'entente entre communautaire et CLSC) leurs efforts de façon à soutenir les familles dans leur rôle parental et à favoriser le sain développement des jeunes enfants. En Estrie, il y a actuellement 11 lieux de projet dont quatre impliquent des CLSC, soit Asbestos, Le Haut-Saint-François, Le Val-Saint-François et la Ville de Sherbrooke.

Brin d'éveil

La ligue pour l'enfance de l'Estrie et CLSC de Sherbrooke

Ce projet offre une série d'ateliers qui visent à briser l'isolement des mères de moins de 25 ans vivant en milieu de pauvreté, de développer les compétences parentales des participantes et accroître les interactions mère-enfant de qualité.

Prévention et adaptation en milieu scolaire

Centre communautaire de santé d'Asbestos

L'objectif est de prévenir les difficultés comportementales et d'adaptation des enfants en milieu scolaire par l'identification des enfants turbulents, conviés à des activité· sur l'estime de soi et les habiletés sociales. Il s'agit également de stimuler le sentiment de compétence des parents en développant leurs habiletés parentales et d'offrir au personnel des écoles le support dont ils ont besoin pour prévenir les problèmes du comportement et d'adaptation. On propose des ateliers parent-enfant, des services communautaires à la famille (La Ribambelle) et du soutien aux centres de la petite enfance.

Concertation Famille

Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook

Ces activités consistent à favoriser l'adaptation sociale et le développement global des enfants de 0 à 5 ans vivant en milieu de pauvreté, présentant des difficultés de développement ainsi qu'à soutenir et outiller les familles de ces enfants par des activités de développement des compétences parentales et à favoriser la création d'un réseau de soutien et d'entraide.

Passerelle

Maison de la famille du Granit, MRC Le Granit

L'objectif est d'améliorer les habiletés parentales de parents vulnérables de la MRC du Granit et favoriser l'entraide et le soutien mutuel dans leur milieu.

Famille Plus

Famille Plus, Ville de Sherbrooke

L'objectif poursuivi est de permettre le développement des compétences parentales par de l'accompagnement et du soutien en mettant l'accent sur les services offerts à la population du quartier qui représente un fort taux de vulnérabilité. Diverses activités de promotion du développement optimal des enfants de ces familles aux niveaux physique, social, affectif et cognitif : des ateliers de stimulation, la halte-garderie éducative, des conférences aux parents. On prévoit ainsi améliorer la compréhension qu'ont les parents de leur rôle, d'augmenter leur confiance et de promouvoir des attitudes et des comportements positifs envers leurs enfants. Ce lieu de rencontre permet également de briser l'isolement et la création de réseaux d'entraide pour ces familles.

Famille Espoir

Famille Espoir, Ville de Sherbrooke

Par ce projet, l'organisme poursuit son action orientée vers le soutien aux parents dans l'accomplissement de leurs rôles, le développement harmonieux des enfants, la promotion des comportements pacifiques chez les enfants et la concertation avec les organismes du milieu. Certaines activités sont mises de l'avant : des ateliers thématiques pour les parents, des discussions de groupe, des activités familiales et une halte-garderie éducative. Les activités s'adressent aux familles du quartier ouest de Sherbrooke et de la municipalité d'Ascot où le niveau socioéconomique est faible et où il y a une forte proportion de jeunes mères et de monoparentalité.

Je me sens mieux

Réseau d'appui aux familles monoparentales de l'Estrie-RAME, Ville de Sherbrooke

Le projet s'adresse aux familles à risque ayant de jeunes enfants de 2 à 5 ans. L'objectif est de faire la promotion de l'accomplissement des rôles parentaux chez les familles monoparentales de jeunes enfants notamment en favorisant la qualité de la relation parent/enfant par des activités de groupes.

Premier pas

Centre d'action bénévole R.H. Rediker, Stanstead

Il s'agit de promouvoir le développement des compétences parentales des familles vulnérables du milieu ayant des enfants de 0 à 5 ans et de promouvoir la sécurité et le développement optimal de ces enfants. Ce projet vise à apporter un soutien aux nouveaux parents à risque, jeunes, démunis, monoparentales, de trois municipalités (Beebe, Stanstead et Rock Island) ainsi qu'à leurs enfants. Les activités comprennent un dépistage des parents les plus à risque, un accompagnement des parents par des entraidants (visites, halte-garderie) et la mise sur pied de services communautaires qui prendront la relève. L'intervention réalisée est complémentaire aux efforts du CLSC et représente une intensification des services actuels.

Soutien parental, support éducatif

CLSC - CHSLD du Haut-Saint-François

Il s'agit d'un programme d'intervention précoce destiné à diminuer les retards de développement et les difficultés d'adaptation des enfants de 18 mois à 5 ans de la MRC par des ateliers de stimulation à domicile ou en milieu de garde. Les objectifs sont de susciter une meilleure interaction parentale auprès de ces enfants, de soutenir les éducatrices des milieux de garde de ces enfants et de créer un réseau de soutien et d'entraide pour ces familles.

Soutien éducatif destiné aux enfants vulnérables

Carrefour de la santé et des services sociaux du Val-Saint-François

Soutenir les familles vulnérables de la MRC dont les enfants d'âge préscolaire présentent des besoins particuliers, en améliorant la qualité de la relation parent/enfant de ces familles et en favorisant l'adaptation sociale des enfants dans leur milieu de garde.

Soutien à l'intervention éducative en Centre de la petite enfance

CLSC de Sherbrooke

Le projet vise à outiller et soutenir les éducatrices de quatre garderies de milieux défavorisés afin d'améliorer la qualité de leurs interventions auprès des familles vulnérables. Il consiste à former les éducatrices à l'observation et au dépistage des enfants vulnérables ayant des besoins particuliers, à l'élaboration d'un plan d'intervention, à l'expérimentation des interventions pour répondre aux besoins particuliers des enfants et à la communication avec les parents.

Programme YAPP (Y'a personne de parfait)

Il s'agit d'un programme provincial éducatif de promotion de la santé et de soutien à la compétence parentale à l'intention des parents qui ont des enfants de 0 à 5 ans. C'est un programme qui répond aux besoins de jeunes parents, des familles monoparentales, des parents à faible revenu et à faible scolarisation qui sont isolés sur le plan social ou géographique. Par leur isolement, ces parents font partie de ce qu'il est convenu d'appeler les clientèles difficiles à rejoindre. Le programme YAPP vise à briser l'isolement des parents, à créer un réseau d'aide naturelle, à augmenter la compétence parentale. En Estrie, le programme YAPP est offert aux organismes communautaires avec le CLSC comme principal partenaire et est souvent une composante d'un projet issu de d'autres programmes qui s'adressent aux enfants (par exemple le programme d'action communautaire pour les enfants). Ce programme est transmis aux parents à travers des rencontres de groupes ou individuelles à l'aide de matériel éducatif diversifié, facile à lire, à comprendre et à utiliser. Ce matériel porte sur la croissance de l'enfant, sa sécurité et la prévention d'accidents, les premiers soins à prodiguer, sur le développement affectif, social et intellectuel de l'enfant et informe sur des stratégies permettant de régler les problèmes de comportement courants et comment satisfaire les besoins des parents et des enfants.

Par ses outils de sensibilisation aux pratiques éducatives, le programme YAPP a pour but de faire en sorte que les parents mettent sur pied des mécanismes de support et qu'ils développent plus de confiance en eux-mêmes, de façon à manifester des attitudes et des comportements appropriés à toute situation envers leurs enfants. De par son intervention très précoce auprès de parents vivant des difficultés, ce programme permet de diminuer la négligence et la violence à l'égard des enfants.

En Estrie, une dizaine de groupes YAPP se constituent chaque année rejoignant ainsi une centaine de parents qui suivent en moyenne cinq séances du programme.

CHAPITRE 5

SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

Ce dernier chapitre met en lumière, en premier lieu, les principaux constats qui ressortent de l'ensemble des données présentées précédemment sur la santé et le bien-être des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille. En second lieu, la mise en relation et la mise en perspective de certaines observations concluent le tour d'horizon.

5.1 Principaux constats

Estrie et Québec

L'ensemble des données sur la santé et le bien-être des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille en Estrie montre que la situation estrienne est généralement similaire à la moyenne québécoise. Quelques différences, positives ou négatives, sont néanmoins perceptibles et sont mentionnées parmi les constats.

Sociodémographie

Nous avons d'abord observé que le nombre d'enfants de 0 à 5 ans diminue, au Québec et en Estrie, et que la proportion de tout-petits par rapport à la population totale diminue également. Toutefois, au cours des prochaines années, cette décroissance s'annonce moins forte qu'elle le fut dans les années 1990 et les enfants de 0 à 5 ans devraient toujours représenter 6 % de la population estrienne en 2011.

La diminution du nombre de jeunes enfants est due en grande partie à une baisse générale du taux de natalité. On remarque cependant que le taux de natalité n'évolue pas de façon uniforme dans tous les groupes d'âge. En Estrie, ce taux a diminué chez les femmes âgées de 14 à 29 ans, tandis qu'il a augmenté chez celles âgées de 30 à 44 ans. Il reste que l'âge des femmes à l'accouchement est légèrement moins élevé en Estrie que dans l'ensemble du Québec et que les naissances en Estrie sont le fait de femmes de 20 à 29 ans dans une proportion de 63 %. De plus, un faible taux de scolarisation (11 années ou moins) est constaté chez le quart des nouvelles mères estriennes.

Avec la diminution du nombre d'enfants, les familles sont aujourd'hui moins nombreuses et le nombre moyen d'enfants par famille en Estrie est de 1,8. En parallèle, on assiste à une hausse de la proportion de familles monoparentales et ce sont maintenant 13 % des enfants de 0 à 5 ans qui vivent dans une famille à parent unique.

L'environnement socioéconomique a un impact certain sur la qualité de vie des enfants. Ainsi, la présence parentale auprès des tout-petits est limitée dans un contexte où plus de la moitié des familles biparentales compte les deux parents sur le marché du travail et que, d'autre part, plus de la moitié des mères chefs de familles monoparentales en Estrie sont également sur le marché du travail. On estime par ailleurs que le quart des petits Estriens de 0 à 5 ans vivent dans une famille à faible revenu, ce qui représente plus de 5 000 enfants.

État de santé

Tant en Estrie que dans l'ensemble du Québec, des progressions importantes ont été réalisées au cours des dernières décennies dans le domaine de la santé des tout-petits. Notamment, le taux de mortalité infantile a chuté de moitié au cours du dernier quart du siècle dernier, pour se stabiliser autour de 5 décès pour 1 000 naissances. De même, le taux de mortalité des enfants de 1 à 4 ans, que l'on estime 17 fois moins élevé que le taux de mortalité des moins d'un an, a encore diminué dans les années 90.

Par contre, le problème des naissances prématurées est en constante progression au Québec et le taux estrien de prématurité, bien que fluctuant davantage au cours des années 1990, se situe maintenant près du taux québécois, autour de 8 %. Quant au problème de faible poids à la naissance, il est pratiquement constant au Québec, tandis qu'il fluctue en Estrie pour se situer légèrement au-dessus du taux québécois moyen, à 6,4 % en 2001.

Divers facteurs environnementaux et comportementaux génèrent des risques pour la santé et le bien-être des tout-petits, tandis que d'autres facteurs peuvent s'avérer protecteurs. Parmi les facteurs protecteurs, l'allaitement maternel serait une pratique moins répandue en Estrie que dans l'ensemble du Québec (64 % contre 72 %). Parmi les facteurs défavorables, on inclut le taux de grossesse chez les adolescentes, qui a davantage augmenté en Estrie qu'au Québec dans les années 1990, de même que le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), qui a atteint ces dernières années la proportion de une IVG pour trois naissances vivantes. Il faut aussi prendre en compte les risques auxquels sont exposées les femmes enceintes ou allaitantes qui occupent un emploi, en particulier les risques ergonomiques reliés à leur activité.

D'un point de vue général sur la santé des enfants de 0 à 5 ans en Estrie, on constate que les taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an et de 1 à 4 ans ont tendance à se situer légèrement au-dessus du taux moyen observé pour l'ensemble du Québec.

On a vu que les maladies infectieuses ont été efficacement mises en échec grâce aux campagnes systématiques de vaccination, par contre, d'autres maladies prennent de l'ampleur chez les tout-petits, notamment l'asthme. Alors que l'ensemble des maladies infectieuses à déclaration obligatoire n'affecterait au plus que 0,7 % des enfants annuellement, l'asthme infantile a atteint ces dernières années une prévalence qui est estimée autour de 11 % chez les enfants de 0 à 4 ans au Québec. Les taux d'hospitalisation et de visite à l'urgence dus à l'asthme sont plus bas en Estrie qu'au Québec, mais ils ont tendance à remonter tandis que ceux du Québec fléchissent.

Le Centre Anti-poison reçoit chaque année environ 20 000 appels concernant des intoxications chez les enfants québécois de 0 à 5 ans, dont quelque 800 appels proviennent de l'Estrie. Le nombre d'appels serait toutefois en baisse et le degré de gravité des intoxications est généralement mineur.

Les déficiences physiques et intellectuelles sont de plus en plus l'objet de nouvelles approches en vue de réduire les handicaps qui en découlent. Toutefois, l'ampleur de ces problèmes en Estrie est méconnue.

Parmi les aspects positifs du bilan, mentionnons que la carie dentaire chez les jeunes Québécois a connu un important déclin depuis les années 80, cette diminution étant accompagnée d'une diminution du nombre d'extractions de dents et d'une amélioration du niveau de traitement. Par contre, selon les plus récentes enquêtes, il semble que le déclin de la carie observé sur la dentition temporaire atteigne un plateau.

Utilisation des services

Le volume et les diagnostics des services offerts par les professionnels de la santé permettent un regard complémentaire sur l'état de santé général des enfants de 0 à 5 ans en Estrie. Les services pour lesquels des données sont disponibles sont les actes couverts par le régime public de l'assurance maladie du Québec.

On a observé que le nombre de services rendus aux petits Estriens par des médecins accuse une variation plus forte chez les plus jeunes enfants. Chez les moins d'un an, on compte environ 15 000 événements par année de 1992 à 1995, puis plus de 20 000 événements par année de 1996 à 2000, alors qu'en 2001 la tendance est à la

baisse (environ 17 000 événements). Chez les enfants de 1 à 2 ans, la tendance générale est à la baisse, surtout en 2000 et 2001 (environ 36 000 événements par année). Pour les 3 à 4 ans, de même que pour les 5 ans, les variations temporelles au cours de la décennie 1992-2001 sont relativement faibles; le nombre annuel d'événements se situe respectivement autour de 35 000 et 20 000.

On a constaté que les enfants estriens de 0 à 5 ans reçoivent très majoritairement (92 %) des services médicaux omnipratiques dans la région de l'Estrie. Le nombre de services rendus par les chirurgiens auprès des enfants de 0 à 5 ans a diminué de façon très marquée, soit de 45 % entre 1992 et 2001.

Adaptation sociale

Les problèmes sociaux vécus par les enfants âgés de 0 à 5 ans sont, dans une majeure partie, liés aux conduites des parents ou des adultes qui menacent le développement des enfants : il s'agit de toutes les formes d'abus physique, sexuel ou émotionnel et de toutes les formes de négligence. Le nombre réel de cas d'abus, de violence et de négligence à l'endroit des enfants est méconnu. Il n'y a également aucun moyen de savoir si ces problèmes sont plus fréquents ou plus graves aujourd'hui que par le passé. Ce qui est clair, c'est qu'ils se manifestent dans un nouveau contexte social marqué par la diversité des modèles familiaux, la pauvreté des mères seules et des jeunes parents, l'isolement et la solitude de certains parents.

L'état actuel de la connaissance de la réalité estrienne ne permet pas de dire si les difficultés reliées à la maltraitance y sont plus ou moins sérieuses que dans le Québec en général. Le taux estrien de situations où il est établi que la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis est généralement inférieur à celui du Québec entre 1993-1994 et 2000-2001, mais on sait aussi que les problèmes de cet ordre ne se limitent pas aux situations signalées à la DPJ. D'ailleurs, les signalements retenus par la DPJ proviennent plus souvent de professionnels concernés que de proches de l'enfant et cela est un indice en faveur de l'hypothèse voulant que les problèmes ne soient pas toujours signalés. Il faut sans aucun doute se préoccuper du fait que le taux de compromission de la sécurité et du développement des enfants soit en progression constante dans l'ensemble du Québec.

Pour l'année 2000-2001, la DPJ a jugé nécessaire d'intervenir en Estrie dans 91 situations ayant pour effet de victimiser des enfants âgés de 0 à 5 ans. Dans le but de venir en aide aux enfants dont la sécurité et le développement étaient compromis, il y a eu application de mesures dites volontaires dans 37 % des cas et de mesures judiciaires dans 62 % des cas. Au cours de la dernière décennie, il y aurait eu en Estrie près de cinq

hospitalisations par année pouvant être attribuables à des facteurs associés à l'abus, à la violence ou à la négligence et pour cause de blessures à la suite d'une agression ou de mauvais traitements chez les enfants de 0 à 5 ans. On relève enfin que les situations où il est établi que la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis touchent davantage les enfants de moins d'un an (7,4 pour 1 000) que ceux des autres groupes d'âge (au plus 4,9 pour 1 000).

Variations intrarégionales

Pour nombre d'aspects abordés dans ce portrait de santé, on constate des différences notables entre les territoires des MRC de l'Estrie. La diversité des faits et des problèmes touchés par ces variations intrarégionales des données ne permet pas de déterminer des tendances générales pour chaque MRC, mais devrait à tout le moins inciter à considérer les données régionales comme des repères à partir desquels évaluer plus particulièrement les situations locales.

En termes sociodémographiques, quatre MRC de l'Estrie se démarquent avec une baisse de l'ordre de 30 % du nombre d'enfants de 0 à 5 ans sur leur territoire : Le Granit, Asbestos, Le Val-Saint-François et Coaticook. La Région-Sherbrookoise, pour sa part, a connu la plus faible décroissance, avec 4 %. Au cours des dix prochaines années, deux MRC devraient connaître une hausse du nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans sur leur territoire, soit celles du Granit (20 %) et d'Asbestos (5 %).

Par rapport à la moyenne estrienne de naissances attribuables à des mères faiblement scolarisées (25 %), les MRC du Haut-Saint-François, d'Asbestos et de Coaticook affichent des taux considérablement supérieurs, avec 31 % et 36 %. À l'opposé, les MRC de La Région-Sherbrookoise et du Val-Saint-François affichent des proportions plus faibles, avec 22 % chacune.

La Région-Sherbrookoise est la MRC qui totalise la plus forte proportion de familles monoparentales (29 %) tandis que celle du Granit détient la plus faible proportion (19 %).

La proportion d'enfants vivant dans une famille bénéficiaire de l'assistance-emploi est nettement inférieure à la moyenne estrienne dans les MRC du Granit (6 %) et de Coaticook (7 %), mais supérieure à la moyenne dans les MRC d'Asbestos (13 %) et de La Région-Sherbrookoise (13 %).

Parmi les familles monoparentales, c'est dans la MRC de Memphrémagog que les situations de faible revenu sont proportionnellement plus nombreuses, avec 81 % des enfants de 0 à 5 ans vivant dans une famille à faible revenu, tandis que les proportions prévalant dans les MRC d'Asbestos (56 %), du Val-Saint-François (52 %) et de Coaticook (50 %) sont inférieures à la moyenne estrienne (69 %).

Du point de vue des problèmes foeto-infantiles, les trois MRC ayant les taux de prématurité les plus bas au cours de la période de 1996 à 2000, soit Le Val-Saint-François (4,9 %), Le Granit (5,1 %) et Coaticook (5,5 %), sont aussi celles ayant les taux d'insuffisance de poids inférieurs au Québec et à l'Estrie.

Le taux de grossesse chez les adolescentes est presque toujours plus élevé que la moyenne estrienne dans les MRC de La Région-Sherbrookoise, de Memphrémagog et du Haut-Saint-François, tandis que le taux le plus bas est observé dans la MRC du Granit.

La MRC du Granit se démarque par un taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an beaucoup plus élevé que ceux des autres MRC de l'Estrie : de 325 à 487 par 1 000 enfants au cours de la période 1991-1993 à 1999-2001.

Deux MRC se caractérisent par des taux d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans très supérieurs à la moyenne estrienne pour la période 1999-2001 : Le Granit (119 et plus par 1 000 enfants) et Asbestos (près de 87 par 1 000).

Les taux d'hospitalisation de l'asthme les plus élevés parmi les MRC estriennes sont enregistrés dans les MRC d'Asbestos (17 par 1 000 enfants) et de Memphrémagog (8 par 1 000).

En ce qui concerne les problèmes d'adaptation sociale, les taux de signalements retenus les plus élevés sont enregistrés dans les MRC d'Asbestos et du Haut-Saint-François. Les taux de Coaticook et du Val-Saint-François sont quant à eux près de deux fois plus faibles que celui de l'ensemble de la région.

5.2 Perspectives

Grâce en particulier aux progrès de la science médicale et à l'instauration du régime de l'assurance maladie au Québec, il est indéniable que les conditions sont plus favorables à la santé des enfants de 0 à 5 ans aujourd'hui qu'elles l'étaient il y a quelques décennies, tant au Québec qu'en Estrie. Toutefois, il y a lieu de s'interroger sur le fait que, malgré la diminution du nombre de jeunes enfants et la diminution de leur proportion dans la population totale, le volume de soins et de services qui leur est offert ne montre pas de signes d'une décroissance généralisée. On note même une augmentation du nombre de prestations de services médicaux omnipratiques aux enfants de 0 à 5 ans et une hausse du taux d'hospitalisation des enfants de ce groupe d'âge en Estrie.

Si les progrès scientifiques et techniques ont un impact positif notable sur la santé et le bien-être de la population, et en particulier sur la santé des tout-petits, un bon nombre de déterminants sociaux modulent la maîtrise effective des problèmes de santé et même leur genèse. Par exemple, les causes réelles de la hausse du taux de prévalence de l'asthme infantile sont incertaines, mais certaines hypothèses mettent en accusation un style de vie où les enfants sont davantage confinés et une qualité de l'air affectée notamment par les activités industrielles.

Si la mortalité infantile, les maladies infectieuses et la santé dentaire chez les enfants ne sont plus des problèmes aussi criants qu'à une autre époque, ils réclament toujours une attitude de vigilance. La mortalité infantile semble avoir cédé la place aux problèmes de prématurité et de faible poids à la naissance, qui mettent en cause des facteurs multiples et auxquels une solution curative unique est difficile à envisager. Les maladies infectieuses sont sous contrôle, mais ce contrôle sera maintenu dans la mesure où les moyens systématiques d'immunisation seront appliqués, sans compter que de nouvelles menaces infectieuses ou parasitaires sont toujours possibles. Quant à la santé dentaire, elle pourrait encore être améliorée par des mesures d'hygiène et de soins précoces.

La notion de précocité, plus précisément le dépistage précoce, est désormais au cœur des préoccupations à l'endroit des déficiences physiques et intellectuelles. Sachant en effet que divers handicaps et problèmes de développement peuvent être amoindris par le support des proches, les aides techniques et la possibilité pour l'enfant déficient de développer des habiletés pour compenser sa déficience, le dépistage précoce permet de maximiser les chances pour l'enfant de mieux vivre avec ses difficultés et éventuellement de les surmonter.

La réflexion sur le dépistage précoce conduit en toute logique à la prévention. Lorsqu'il est question des jeunes enfants de 0 à 5 ans, la prévention concerne beaucoup les familles et au premier chef les mères, sans oublier les futures mères. C'est ainsi que plusieurs programmes et activités ont été mis sur pied en Estrie, le plus souvent grâce à la collaboration de plusieurs institutions et acteurs du milieu, entre autres afin d'aider les parents à assurer à leurs jeunes enfants les meilleures conditions de développement possibles. Dans un contexte où le tissu social s'est modifié, où les familles et les mères moins favorisées sur le plan économique sont souvent aussi dépourvues d'un réseau social de soutien, il s'impose de fournir un support formalisé à ces familles et à ces mères dont les difficultés pourraient porter préjudice au développement des enfants dont elles ont la charge.

De plus en plus, une attention particulière est donnée aux facteurs de protection de la santé, c'est-à-dire tout ce qui peut aider une personne, quel que soit son âge, à accroître son propre capital de santé, son potentiel de résistance, son estime de soi, son réseau social de soutien et ses diverses ressources. Ces facteurs de protection de la santé peuvent se trouver, au départ, tant parmi les caractéristiques individuelles de la personne que dans son environnement physique et social.

On s'accorde de plus en plus pour dire que des moyens concrets peuvent être mis en œuvre dans les communautés pour améliorer les conditions de vie et faciliter l'épanouissement des facteurs protecteurs de la santé. C'est ainsi, par exemple, que le Comité de travail sur le développement des communautés en Estrie a produit, en mai 2002, un cadre de référence intitulé *Le développement des communautés c'est l'affaire de tous*, ainsi qu'un *Guide pour l'élaboration d'un plan d'action local en CLSC pour le développement des communautés* à l'intention des CLSC occupant une position stratégique pour intervenir sur des déterminants de la santé. De plus, dans le but de clarifier le concept de développement des communautés, de favoriser l'émergence d'idées nouvelles et d'identifier, entre partenaires de l'Estrie, des passerelles de collaboration, un colloque régional sur le développement des communautés doit se tenir au cours de l'année 2004. Ce colloque est issu d'une démarche de concertation de différents acteurs estriens engagés dans le développement de leur communauté.

Des exemples de développement social et des communautés en Estrie

Huit villes et villages estriens, dont Sherbrooke, font partie d'un réseau pour le développement social et des communautés en Estrie, qui s'appuie notamment sur les projets « Pour une communauté solidaire! », « Utilisation des pesticides » et « L'enfant au cœur de ma ville ». Soulignons que le projet « L'enfant au cœur de ma ville » a donné lieu à la Table de concertation ÉPÉ Jardins-fleuris (où l'on retrouve des représentants des réseaux Écoles, Parcs, Églises, ainsi que des organismes communautaires et institutionnels) qui a pour but de rassembler les ressources du milieu désireuses de travailler au développement communautaire en accordant sa priorité à la qualité de vie des enfants.

Dans la MRC du Haut-Saint-François, le Groupe d'action pour l'enrichissement collectif du Haut-Saint-François (GAPEC) mise sur la concertation. Il réunit à une même table des représentants d'organismes communautaires et économiques de la région, des représentants d'institutions gouvernementales régionales, du monde municipal et du milieu associatif, ainsi que des citoyens de la communauté, afin de réaliser des actions concrètes dans le milieu.

Dans la MRC du Val-Saint-François, les cuisines collectives, les Tabliers en folie et le Troc-à-Tout offrent plusieurs types de services aux familles et à leurs enfants, illustrant du même coup l'efficacité d'une démarche caractérisée par la concertation et la collaboration de plusieurs acteurs socioéconomiques.

Programme d'aide à l'action concertée

Le *Programme d'aide à l'action concertée* est issu du *Plan d'action jeunesse « Maintenant et pour l'avenir...La Jeunesse »* élaboré en 1992. En 2003-2004, le montant d'aide à l'action concertée pour chaque MRC a été accordé aux organismes communautaires œuvrant auprès de la clientèle « Enfance-Jeunesse-Famille » (EJF) admissibles au programme de soutien aux organismes communautaires (SOC), afin de leur permettre de bonifier leur offre de service de soutien et d'entraide aux enfants et aux familles et de consolider leurs collaborations avec les services préventifs et curatifs des établissements de première ligne de la région. Les activités financées permettront de mobiliser différents acteurs pour intervenir précocement auprès d'enfants et de jeunes de tous âges.

Bibliographie

CYR, Renée et D. BÉDARD. *Programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0-4 ans et de leur famille vivant en milieu de pauvreté*, Sherbrooke, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de la santé publique et de l'évaluation, juin 2002.

DUBOIS, L. et M. GIRARD (2002). « Évolution des comportements et des pratiques alimentaires » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 5.

HÉBERT, Louis. *Profil de la clientèle des interruptions volontaires de grossesse (IVG) en Estrie (1986-1996)*, Sherbrooke, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de la santé publique et de l'évaluation, 1999.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. « Santé et adaptation sociale des parents » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) Les nourrissons de 5 mois*, vol. I, n° 9, 12 février 2002, s.p. [www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/bebe_no9]

KERR, D. et A. BÉLANGER. *L'évolution de la structure familiale, les changements démographiques et le bien-être des enfants d'âge préscolaire au Canada, 1981 à 1997, Rapport sur l'état de la population du Canada 2000 – La conjoncture démographique*, Statistique Canada, juin 2001, p. 159 – 176.

LEVESQUE, Gilles-Yvon. *Le programme pour une maternité sans danger (PMSD) en Estrie : analyse détaillée 1994-2000 et analyse évolutive des demandes 1981-2000*, Sherbrooke, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de la santé publique et de l'évaluation, octobre 2002.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, CONSEIL DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Un portrait statistique des familles et des enfants au Québec*, Gouvernement du Québec, 1999, 206 p.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, Conseil de la famille et de l'enfance, Bureau de la statistique du Québec, Ministère de la Famille et de l'Enfance, 1999.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Données de projections de population de 2001 et 2011, version juin 2000, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Données de projections de population de 1991, version juin 1995 et 2001, version juin 2000, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Données de projections de population de 2001 et 2011, version juin 2000, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Données de projections de population de 1991, version juin 1995, 2001 et 2011, version juin 2000, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Données de projections de population de 1995, version juin 1995 et 1996 à 2011, version juin 2000, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Données de projections de population de 1995, version juin 1995 à 1997, version juin 2000, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, Service de l'Infocentre, Fichiers des naissances de 1998, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, Service de l'Infocentre, Fichiers des naissances, 1986-1998, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, Service de l'Infocentre, Fichiers des naissances, 1995-1997, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Santé au Québec : quelques indicateurs – Rapport sur la santé des Québécois*, gouvernement du Québec, 2000, 86 p.

PRESSAT, R. Dictionnaire de démographie, Presses universitaires de France, Paris, 1979, 295 p.

Recensement de 1996, Statistique Canada.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, *Analyse de l'évolution des naissances en Estrie (1986-1997)*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de la santé publique et de l'évaluation, Sherbrooke, 1999, 6 p.– annexes s. p.

ROCHON, Madeleine. Taux de grossesse à l'adolescence Québec, 1980 à 1995 Régions sociosanitaires de résidence, 1993-1995 et autres groupes d'âges, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Service de la recherche, 1997.

Annexes

Annexe 3-1

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS SONT RENDUS																	
	TOUS LES TERRITOIRES	ESTRIE						AUTRES RÉGIONS										Région inconnue	
		TOTAL		MRC de résidence		MRC de La Région-Sherbrookoise		TOTAL		Montérégie		Chaudière-Appalaches		Mauricie et Centre-du-Québec		Montréal-Centre			
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	55 985	47 248	84,4	45 637	81,5	1 337	2,4	7 953	**14,2**	192	0,3	7 155	12,8	151	0,3	97	0,2	784	1,4
Asbestos	27 389	25 248	92,2	21 424	78,2	2 886	10,5	1 942	7,1	279	1,0	60	0,2	1 303	4,8	80	0,3	199	0,7
Haut-Saint-François	41 404	37 499	90,6	18 807	**45,4**	17 713	42,8	1 041	2,5	181	0,4	342	0,8	89	0,2	97	0,2	2 864	6,9
Val-Saint-François	66 486	61 316	92,2	33 873	**50,9**	25 765	38,8	4 607	6,9	3 440	5,2	164	0,2	413	0,6	176	0,3	563	0,8
Région-Sherbrookoise	282 169	270 525	**95,9**	262 036	92,9			8 163	2,9	2 270	0,8	863	0,3	964	0,3	1 044	0,4	3 481	1,2
Coaticook	44 291	35 321	79,7	24 822	56,0	7 714	17,4	456	1,0	178	0,4	26	0,1	33	0,1	62	0,1	8 514	19,2
Memphrémagog	88 277	79 380	89,9	63 744	72,2	14 287	16,2	6 891	7,8	5 536	6,3	140	0,2	145	0,2	438	0,5	2 006	2,3
Inconnu	31 123	30 191	--		--	27 718	--	845	--	223	--	107	--	83	--	165	--	87	--
ESTRIE	637 124	586 728	**92,1**	470 343	73,9	359 456	56,4	31 898	5,0	12 299	1,9	8 857	1,4	3 181	0,5	2 159	0,3	18 498	**2,9**

Notes: Tous les pourcentages sont calculés sur le nombre total (N tous les lieux) pour un lieu de résidence donné.
La colonne ESTRIE TOTAL inclut toutes les MRC de l'Estrie et la colonne AUTRES RÉGIONS TOTAL inclut toutes les régions hors-Estrie.
Source : RAMQ, 1992-2001.

Annexe 3-2

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS SONT RENDUS															
	TOUS LES TERRITOIRES				ESTRIE			MRC DE RÉSIDENCE			AUTRES RÉGIONS			Région inconnue		
	1993-1995	1996-1998	1999-2001	Variation temporelle	1993-1995	1996-1998	1999-2001	1993-1995	1996-1998	1999-2001	1993-1995	1996-1998	1999-2001	1993-1995	1996-1998	1999-2001
	N	N	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Granit	17 133	16 628	16 529	-3,5	87,4	82,4	81,3	84,9	79,3	77,9	9,9	16,8	18,7	2,7	0,8	0,0
Asbestos	7 452	8 771	8 522	14,4	89,9	93,1	93,6	73,0	78,5	82,3	8,4	6,8	6,4	1,7	0,1	0,0
Haut-Saint-François	11 916	12 609	13 024	9,3	80,0	97,0	98,1	33,9	54,3	51,0	3,0	2,6	1,8	**17,0**	0,4	0,1
Val-Saint-François	20 652	21 262	18 503	**-10,4**	92,4	90,8	93,8	56,1	48,1	46,4	6,6	8,1	6,2	1,1	1,1	0,0
Région-Sherbrookoise	79 257	89 065	90 042	13,6	94,7	95,7	97,4	91,8	92,6	94,4	3,3	2,9	2,6	2,0	1,4	0,0
Coaticook	13 922	14 152	12 409	**-10,9**	73,9	72,1	99,0	**54,2**	**54,3**	63,7	1,1	1,0	1,0	**25,0**	**26,9**	0,0
Memphrémagog	27 196	26 715	26 108	-4,0	86,8	90,6	93,7	69,9	73,8	73,7	8,3	8,7	6,2	4,9	0,7	0,0
Inconnu	8 401	9 709	10 238	21,9	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
ESTRIE	185 929	198 911	195 375	5,1	90,0	91,7	**95,2**	72,6	73,9	75,4	5,0	5,4	4,8	5,0	2,9	0,0

Note : Augmentation ou diminution du nombre d'interventions, de 1993-1995 à 1999-2001

Source : RAMQ, 1993-2001.

Annexe 3-3

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TYPE DE LIEUX OÙ LES SERVICES DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS SONT RENDUS																	
	CABINETS PRIVÉS						CENTRES HOSPITALIERS - URGENCES						CH - SAUF URGENCES					
	1993-1995		1996-1998		1999-2001		1993-1995		1996-1998		1999-2001		1993-1995		1996-1998		1999-2001	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	8 896	51,9	9 547	57,4	8 635	52,2	7 247	42,3	6 590	39,6	7 374	44,6	974	5,7	448	2,7	509	3,1
Asbestos	2 342	31,4	2 754	31,4	2 925	34,3	4 835	64,9	5 817	66,3	5 553	65,2	263	3,5	177	2,0	35	0,4
Haut-Saint-François	7 557	63,4	9 639	76,4	10 007	76,8	4 233	35,5	2 938	23,3	2 982	22,9	117	1,0	15	0,1	17	0,1
Val-Saint-François	7 527	36,4	9 170	43,1	8 448	45,7	10 345	50,1	10 423	49,0	9 893	53,5	2 645	12,8	1 356	6,4	29	0,2
Région-Sherbrookoise	37 046	46,7	63 148	70,9	68 412	76,0	40 859	51,6	24 247	27,2	20 383	22,6	1 302	1,6	369	0,4	130	0,1
Coaticook	4 839	34,8	5 554	39,2	4 995	40,3	8 937	64,2	8 428	59,6	7 258	58,5	142	1,0	162	1,1	150	1,2
Memphrémagog	16 058	59,0	17 182	64,3	16 404	62,8	10 899	40,1	9 373	35,1	9 579	36,7	225	0,8	98	0,4	73	0,3
Inconnu	2 970	35,4	6 345	65,4	7 356	71,8	5 312	63,2	3 116	32,1	2 632	25,7	108	1,3	23	0,2	15	0,1
ESTRIE	87 235	46,9	123 339	62,0	127 182	65,1	92 667	49,8	70 932	35,7	65 654	33,6	5 776	3,1	2 648	1,3	958	0,5

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	Autres lieux (voir note)					
	1993-1995		1996-1998		1999-2001	
	N	%	N	%	N	%
Granit	16	0,1	43	0,3	11	0,1
Asbestos	12	0,2	23	0,3	9	0,1
Haut-Saint-François	9	0,1	17	0,1	18	0,1
Val-Saint-François	135	0,7	313	1,5	133	0,7
Région-Sherbrookoise	50	0,1	1 301	1,5	1 117	1,2
Coaticook	4	0,0	8	0,1	6	0,0
Memphrémagog	14	0,1	62	0,2	52	0,2
Inconnu	11	0,1	225	2,3	235	2,3
ESTRIE	251	0,1	1 992	1,0	1 581	0,8

Note : **Autres lieux** inclut laboratoires diagnostiques, CLSC et cliniques privées.

Source : RAMQ, 1993-2001

Annexe 3-4

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES PÉDIATRES SONT RENDUS																	
	TOUS LES TERRITOIRES	ESTRIE						AUTRES RÉGIONS										Région inconnue
		TOTAL		MRC de résidence		MRC de La Région-Sherbrookoise		TOTAL		Montérégie		Chaudière-Appalaches		Mauricie et Centre-du-Québec		Montréal-Centre		
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	4 429	2 239	**50,6**	2	0,0	2 227	50,3	2 121	**47,9**	66	1,5	1 463	**33,0**	75	1,7	279	6,3	69	1,6
Asbestos	5 079	2 863	**56,4**	1	0,0	2 855	56,2	1 800	**35,4**	111	2,2	9	0,2	1 453	**28,6**	160	3,2	416	8,2
Haut-Saint-François	13 030	12 599	96,7	0	0,0	12 545	96,3	420	3,2	63	0,5	22	0,2	33	0,3	204	1,6	11	0,1
Val-Saint-François	18 645	17 473	93,7	138	0,7	17 247	92,5	1 154	6,2	461	2,5	25	0,1	107	0,6	447	2,4	18	0,1
Région-Sherbrookoise	114 212	110 749	97,0	109 781	**96,1**	--	--	3 417	3,0	571	0,5	78	0,1	250	0,2	1 668	1,5	46	0,0
Coaticook	10 002	9 749	97,5	0	0,0	9 658	96,6	244	2,4	49	0,5	0	0,0	7	0,1	116	1,2	9	0,1
Memphrémagog	29 076	27 187	93,5	10 054	**34,6**	17 130	**58,9**	1 851	6,4	591	2,0	20	0,1	46	0,2	1 037	3,6	38	0,1
Inconnu	11 691	11 303	--	--	--	11 244	--	377	--	81	--	12	--	15	--	184	--	11	--
ESTRIE	206 164	194 162	**94,2**	119 976	58,2	182 687	**88,6**	11 384	**5,5**	1 993	1,0	1 629	0,8	1 986	1,0	4 095	2,0	618	**0,3**

Notes : Tous les pourcentages sont calculés sur le nombre total (N tous les lieux) pour un lieu de résidence donné.
La colonne ESTRIE TOTAL inclut toutes les MRC de l'Estrie et la colonne AUTRES RÉGIONS TOTAL inclut toutes les régions hors-Estrie.
Source : RAMQ, 1992-2001.

Annexe 3-5

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES PÉDIATRES SONT RENDUS															
	TOUS LES TERRITOIRES				ESTRIE			MRC DE RÉSIDENCE			AUTRES RÉGIONS			Région inconnue		
	1993-1995	1996-1998	1999-2001	Variation temporelle	1993-1995	1996-1998	1999-2001	1993-1995	1996-1998	1999-2001	1993-1995	1996-1998	1999-2001	1993-1995	1996-1998	1999-2001
	N	N	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Granit	1 221	1 419	1 432	**17,3**	57,4	45,3	47,6	0,1	0,0	0,1	38,9	54,5	52,4	3,7	0,1	0,0
Asbestos	1 422	1 803	1 422	**0,0**	56,7	52,1	60,4	0,0	0,0	0,1	21,2	47,9	39,5	**22,2**	0,1	0,1
Haut-Saint-François	4 265	3 884	3 545	-16,9	97,1	96,1	96,2	0,0	0,0	0,0	2,7	3,9	3,7	0,2	0,0	0,1
Val-Saint-François	6 187	6 130	4 378	-29,2	94,7	93,8	93,0	1,2	0,0	0,7	5,2	6,2	6,9	0,1	0,0	0,0
Région-Sherbrookoise	39 062	34 715	28 158	-27,9	97,4	96,6	96,8	97,1	95,0	95,7	2,6	3,4	3,2	0,1	0,0	0,1
Coaticook	3 630	2 918	2 366	-34,8	97,9	96,2	97,8	0,0	0,0	0,0	2,0	3,7	2,1	0,1	0,0	0,1
Memphrémagog	8 527	10 565	6 992	-18,0	93,6	93,5	92,6	24,7	48,0	28,2	6,2	6,5	7,2	0,1	0,1	0,2
Inconnu	3 952	3 515	3 057	-22,6	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
ESTRIE	66 266	64 949	51 350	**-24,8**	95,1	93,4	93,4	58,8	58,8	56,4	4,3	6,8	6,5	0,6	0,0	0,1

Note : Augmentation ou diminution du nombre d'interventions, de 1993-1995 à 1999-2001.
Source : RAMQ, 1993-2001.

Annexe 3-6

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TYPE DE LIEUX OÙ LES SERVICES DES PÉDIATRES SONT RENDUS															
	CABINETS PRIVÉS						CH - URGENCES						CH - SAUF URGENCES			
	1993-1995		1996-1998		1999-2001		1993-1995		1996-1998		1999-2001		1993-1995		1996-1998		1999-2001	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	445	36,4	488	34,4	440	**30,7**	49	4,0	64	4,5	93	6,5	727	59,5	867	61,1	899	**62,8**
Asbestos	725	51,0	947	52,5	767	**53,9**	62	4,4	89	4,9	127	8,9	635	44,7	767	42,5	528	**37,1**
Haut-Saint-François	2 689	63,0	2 448	63,0	2 187	61,7	172	4,0	198	5,1	284	8,0	1 404	32,9	1 238	31,9	1 074	30,3
Val-Saint-François	3 690	59,6	3 690	60,2	2 645	60,4	239	3,9	321	5,2	396	9,0	2 258	36,5	2 119	34,6	1 337	30,5
Région-Sherbrookoise	28 285	72,4	24 286	70,0	19 029	**67,6**	1 091	2,8	1 534	4,4	2 057	7,3	9 686	24,8	8 895	25,6	7 072	**25,1**
Coaticook	2 461	67,8	1 663	57,0	1 406	59,4	159	4,4	178	6,1	206	8,7	1 010	27,8	1 077	36,9	754	31,9
Memphrémagog	6 142	72,0	8 061	76,3	4 307	61,6	302	3,5	375	3,5	578	8,3	2 083	24,4	2 129	20,2	2 107	30,1
MRC inconnu	2 960	74,9	2 298	65,4	1 846	60,4	121	3,1	189	5,4	252	8,2	871	22,0	1 028	29,2	957	31,3
ESTRIE	47 397	**69,4**	43 881	67,6	32 627	**63,5**	2 195	**3,2**	2 948	4,5	3 993	**7,8**	18 674	27,4	18 120	27,9	14 728	**28,7**

Source : RAMQ, 1993-2001.

Annexe 3-7

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES CHIRURGIENS SONT RENDUS																	
	TOUS LES TERRITOIRES	ESTRIE						AUTRES RÉGIONS										Région inconnue
		TOTAL		MRC de résidence		MRC de La Région-Sherbrookoise		TOTAL		Montérégie		Chaudière-Appalaches		Mauricie et Centre-du-Québec		Montréal-Centre		
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	1 429	870	60,9	507	**35,5**	363	25,4	550	38,5	4	0,3	377	**26,4**	2	0,1	90	6,3	9	0,6
Asbestos	818	534	65,3	35	4,3	497	60,8	275	33,6	10	1,2	3	0,4	156	**19,1**	81	9,9	9	1,1
Haut-Saint-François	1 617	1 461	90,4	1	0,1	1 450	89,7	156	9,6	1	0,1	8	0,5	1	0,1	130	8,0	0	0,0
Val-Saint-François	2 226	1 852	83,2	9	0,4	1 842	82,7	374	16,8	100	4,5	5	0,2	13	0,6	240	10,8	0	0,0
Région-Sherbrookoise	11 156	10 160	91,1	10 124	**90,7**			995	8,9	38	0,3	15	0,1	29	0,3	813	7,3	1	0,0
Coaticook	1 492	1 380	92,5	76	5,1	1 304	87,4	112	7,5	1	0,1	0	0,0	0	0,0	98	6,6	0	0,0
Memphrémagog	2 670	2 148	80,4	355	13,3	1 792	67,1	520	19,5	102	3,8	3	0,1	6	0,2	398	14,9	2	0,1
Inconnu	1 509	1 408	--		--	1 394	--	101	--	4	--	2	--	4	--	87	--	0	--
ESTRIE	22 917	19 813	**86,5**	11 107	48,5	18 766	**81,9**	3 083	13,5	260	1,1	413	1,8	211	0,9	1 937	**8,5**	21	0,1

Notes : Tous les pourcentages sont calculés sur le nombre total (N tous les lieux) pour un lieu de résidence donné.
La colonne ESTRIE TOTAL inclut toutes les MRC de l'Estrie et la colonne AUTRES RÉGIONS TOTAL inclut toutes les régions hors-Estrie.

Source : RAMQ, 1992-2001.

Annexe 3-8

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES CHIRURGIENS SONT RENDUS														
	TOUS LES TERRITOIRES				ESTRIE			MRC DE RÉSIDENCE			AUTRES RÉGIONS			Région inconnue		
	1993-1995	1996-1998	1999-2001	Variation temporelle	1993-1995	1996-1998	1999-2001	1993-1995	1996-1998	1999-2001	1993-1995	1996-1998	1999-2001	1993-1995	1996-1998	1999-2001
	N	N	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Granit	403	484	392	**-2,7**	59,6	63,2	59,7	33,3	41,7	31,6	38,7	36,8	40,3	1,7	0,0	0,0
Asbestos	238	272	223	**-6,3**	70,2	62,5	57,8	5,0	1,8	5,4	28,2	37,5	42,2	1,7	0,0	0,0
Haut-Saint-François	548	426	437	-20,3	89,1	88,3	93,4	0,0	0,0	0,0	10,9	11,7	6,6	0,0	0,0	0,0
Val-Saint-François	710	758	534	-24,8	82,8	83,5	83,7	0,6	0,5	0,2	17,2	16,5	16,3	0,0	0,0	0,0
Région-Sherbrookoise	3 747	3 182	2 705	-27,8	91,8	89,8	90,4	91,6	89,3	90,2	8,2	10,1	9,6	0,0	0,0	0,0
Coaticook	522	461	357	-31,6	96,0	89,4	90,8	4,8	4,8	3,1	4,0	10,6	9,2	0,0	0,0	0,0
Memphrémagog	852	855	716	-16,0	85,2	75,0	78,1	17,7	8,9	9,1	14,7	25,0	21,9	0,1	0,0	0,0
Inconnue	565	301	332	-41,2	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
ESTRIE	7 585	6 739	5 696	**-24,9**	87,9	84,1	85,3	49,6	46,7	46,6	11,9	15,8	14,7	0,2	0,0	0,0

Note : Augmentation ou diminution du nombre d'interventions, de 1993-1995 à 1999-2001.

Source : RAMQ, 1993-2001.

Annexe 3-9

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TYPE DE LIEUX OÙ LES SERVICES DES CHIRURGIENS SONT RENDUS															
	CABINETS PRIVÉS						CH - URGENCES						CH - SAUF URGENCES			
	1993-1995		1996-1998		1999-2001		1993-1995		1996-1998		1999-2001		1993-1995		1996-1998		1999-2001	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	44	10,9	49	10,1	33	8,4	65	16,1	87	18,0	75	19,1	294	73,0	34[illegible]	[illegible]1,9	284	72,4
Asbestos	47	19,7	27	9,9	18	8,1	21	8,8	38	14,0	27	12,1	170	71,4	207	76,1	178	79,8
Haut-Saint-François	110	20,1	47	11,0	45	10,3	78	14,2	90	21,1	72	16,5	360	65,7	289	67,8	320	73,2
Val-Saint-François	143	20,1	114	15,0	69	12,9	107	15,1	149	19,7	106	19,9	460	64,8	495	65,3	359	67,2
La Région-Sherbrookoise	1 407	37,6	686	21,6	370	13,7	423	11,3	589	18,5	469	17,3	1 917	51,2	1 907	59,9	1 866	69,0
Coaticook	81	15,5	48	10,4	32	9,0	67	12,8	88	19,1	60	16,8	374	71,6	325	70,5	265	74,2
Memphrémagog	210	24,6	123	14,4	64	8,9	93	10,9	125	14,6	110	15,4	549	64,4	607	71,0	542	75,7
Inconnu	270	47,8	73	24,3	28	8,4	66	11,7	44	14,6	66	19,9	229	40,5	184	61,1	238	71,7
ESTRIE	2 312	**30,5**	1 167	17,3	659	**11,6**	920	**12,1**	1 210	18,0	985	**17,3**	4 353	**57,4**	4 362	64,7	4 052	**71,1**

Source : RAMQ, 1993-2001.

Annexe 3-10

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES AUTRES MÉDECINS SPÉCIALISTES SONT RENDUS																	
	TOUS LES TERRITOIRES	ESTRIE						AUTRES RÉGIONS										Région inconnue	
		TOTAL		MRC de résidence		MRC de La Région-Sherbrookoise		TOTAL		Montérégie		Chaudière-Appalaches		Mauricie et Centre-du-Québec		Montréal-Centre			
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	6 523	4 371	67,0	585	**9,0**	3 786	58,0	2 116	**32,4**	28	0,4	1 251	**19,2**	15	0,2	468	7,2	36	0,6
Asbestos	5 010	2 954	59,0	268	**5,3**	2 683	53,6	1 903	**38,0**	38	0,8	4	0,1	1 306	**26,1**	450	9,0	153	3,1
Haut-Saint-François	8 171	7 611	93,1	0	0,0	7 595	93,0	557	6,8	25	0,3	29	0,4	21	0,3	405	5,0	3	0,0
Val-Saint-François	11 904	10 456	87,8	34	0,3	10 403	87,4	1 442	12,1	451	3,8	27	0,2	81	0,7	821	6,9	6	0,1
Région-Sherbrookoise	63 012	58 776	93,3	58 645	**93,1**			4 223	6,7	257	0,4	76	0,1	116	0,2	3 207	5,1	13	0,0
Coaticook	6 634	6 193	93,4	583	**8,8**	5 592	84,3	441	6,6	38	0,6	0	0,0	3	0,0	360	5,4	0	0,0
Memphrémagog	15 139	13 033	86,1	1 781	**11,8**	11 230	74,2	2 106	13,9	581	3,8	12	0,1	22	0,1	1 421	9,4	0	0,0
Inconnu	6 473	6 005	--		--	5 986	--	466	--	20	--	7	--	14	--	367	--	2	--
ESTRIE	122 866	109 399	**89,0**	61 896	50,4	105 920	86,2	13 254	**10,8**	1 438	1,2	1 406	1,1	1 578	1,3	7 499	**6,1**	213	0,2

Notes : Tous les pourcentages sont calculés sur le nombre total (N tous les lieux) pour un lieu de résidence donné.
La colonne ESTRIE TOTAL inclut toutes les MRC de l'Estrie et la colonne AUTRES RÉGIONS TOTAL inclut toutes les régions hors-Estrie.
Source : RAMQ, 1992-2001.

Annexe 3-11

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TERRITOIRE OÙ LES SERVICES DES AUTRES MÉDECINS SPÉCIALISTES SONT RENDUS														
	TOUS LES TERRITOIRES				ESTRIE			MRC DE RÉSIDENCE			AUTRES RÉGIONS			RÉGION INCONNUE		
	1993-1995	1996-1998	1999-2001	Variation temporelle	1993-1995	1996-1998	1999-2001	1993-1995	1996-1998	1999-2001	1993-1995	1996-1998	1999-2001	1993-1995	1996-1998	1999-2001
	N	N	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Granit	1 903	1 967	1 992	4,7	70,4	63,7	65,5	**3,0**	10,6	**15,3**	**28,7**	35,7	**34,5**	0,9	0,7	0,0
Asbestos	1 673	1 468	1 453	**-13,2**	61,0	59,5	53,8	5,0	4,1	6,7	**31,8**	40,5	**46,2**	7,2	0,0	0,0
Haut-Saint-François	2 600	2 359	2 452	-5,7	91,2	92,8	95,1	0,0	0,0	0,0	8,8	7,1	4,9	0,0	0,1	0,0
Val-Saint-François	3 438	3 923	3 377	-1,8	87,4	88,8	87,1	0,0	0,4	0,5	12,5	11,2	12,9	0,1	0,0	0,0
Région-Sherbrookoise	18 110	19 597	19 638	**8,4**	93,8	93,5	92,7	93,6	93,3	92,4	6,1	6,5	7,3	0,0	0,0	0,0
Coaticook	2 106	2 072	1 829	**-13,2**	96,7	92,8	90,8	12,8	7,8	2,6	**3,3**	7,2	**9,2**	0,0	0,0	0,0
Memphrémagog	5 072	4 425	4 278	**-15,7**	89,4	83,9	82,1	19,9	3,3	7,6	**10,6**	16,1	**17,9**	0,0	0,0	0,0
Inconnu	1 783	1 854	2 215	24,2	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
ESTRIE	36 685	37 665	37 234	**1,5**	89,9	88,9	88,0	50,1	50,1	50,9	9,7	11,0	12,0	0,4	0,1	0,0

Note: Augmentation ou diminution du nombre d'interventions, de 1993-1995 à 1999-2001.
Source : RAMQ, 1993-2001.

Annexe 3-12

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT (MRC)	TYPE DE LIEUX OÙ LES SERVICES DES AUTRES MÉDECINS SPÉCIALISTES SONT RENDUS																					
	CABINETS PRIVÉS						CH - URGENCES						CH - SAUF URGENCES						Autres lieux (voir note)					
	1993-1995		1996-1998		1999-2001		1993-1995		1996-1998		1999-2001		1993-1995		1996-1998		1999-2001		1993-1995		1996-1998		1999-2001	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Granit	610	32,1	421	21,4	412	20,7	26	1,4	13	0,7	8	0,4	1 255	**65,9**	1 516	77,1	1 547	**77,7**	12	0,6	17	0,9	25	1,3
Asbestos	426	25,5	350	23,8	282	19,4	16	1,0	18	1,2	9	0,6	1 187	71,0	1 051	71,6	1 106	76,1	44	2,6	49	3,3	56	3,9
Haut-Saint-François	918	35,3	731	31,0	709	28,9	22	0,8	42	1,8	17	0,7	1 521	58,5	1 359	57,6	1 386	56,5	139	5,3	227	9,6	340	13,9
Val-Saint-François	1 134	33,0	911	23,2	972	28,8	37	1,1	55	1,4	13	0,4	2 118	61,6	2 623	66,9	2 004	59,3	149	4,3	334	8,5	388	11,5
Région-Sherbrookoise	6 571	36,3	5 687	29,0	5 204	26,5	179	1,0	169	0,9	97	0,5	9 378	51,8	10 565	53,9	10 164	51,8	1 982	10,9	3 176	16,2	4 173	**21,2**
Coaticook	709	33,7	521	25,1	493	27,0	20	0,9	25	1,2	11	0,6	1 350	64,1	1 459	70,4	1 223	66,9	27	1,3	67	3,2	102	5,6
Memphrémagog	2 368	**46,7**	1 373	31,0	1 105	**25,8**	29	0,6	56	1,3	24	0,6	2 496	**49,2**	2 776	62,7	2 832	**66,2**	179	3,5	220	5,0	317	7,4
Inconnu	652	36,6	523	28,2	564	25,5	23	1,3	30	1,6	7	0,3	991	55,6	1 054	56,9	1 292	58,3	117	6,6	247	13,3	352	15,9
ESTRIE	13 388	**36,5**	10 517	27,9	9 741	**26,2**	352	1,0	408	1,1	186	0,5	20 296	**55,3**	22 403	**59,5**	21 554	**57,9**	2 649	**7,2**	4 337	11,5	5 753	**15,5**

Note : Autres lieux inclus laboratoires diagnostiques, CLSC et cliniques privées.
Source : RAMQ, 1993-2001.